



**Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-cirúrgica
- Vertente Pessoa Idosa -**

Relatório de Estágio

**A preparação do regresso a casa da pessoa idosa
submetida a implantação de válvula aórtica
transcateter: A intervenção de enfermagem em
parceria com a pessoa idosa e família**

Liliana Veríssimo da Silva

**Lisboa
2017**



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-cirúrgica
- Vertente Pessoa Idosa -

Relatório de Estágio

**A preparação do regresso a casa da pessoa idosa
submetida a implantação de válvula aórtica
transcateter: A intervenção de enfermagem em
parceria com a pessoa idosa e família**


Liliana Veríssimo da Silva

Orientadora: Prof. Dra. Idalina Gomes

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes pela disponibilidade, orientação e motivação ao longo de todo o percurso académico.

Às Enfermeiras Mércia, Isabel, Adélia e Patrícia pela colaboração e partilha de saberes.

A todos os profissionais dos locais de estágio, pela disponibilidade, apoio e colaboração.

Às pessoas idosas e suas famílias pela amabilidade e generosidade em partilhar a sua experiência e a sua vida.

Aos meus colegas de curso pelo companheirismo, amizade e apoio.

Aos meus amigos e, principalmente, família pelo apoio e incentivo nos momentos mais difíceis.

Ao meu filho.... Por existires e compreenderes!

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
APA - American Psychological Association
AVD – Atividade de Vida Diária
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS – Direção Geral de Saúde
EA – Estenose Aórtica
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipa de Coordenação Local
EGA – Equipa de Gestão de Altas
ESEL – Escola de Enfermagem de Lisboa
IC – Insuficiência Cardíaca
MeSH – Medical Subject Headings
NICE - National Institute for Health and Care Excellence
OE – Ordem dos Enfermeiros
OT – Orientação Tutorial
PI – Pessoa Idosa
RNCCI – Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados
SEC – Sociedade Europeia de Cardiologia
TAVI – Implantação de válvula aórtica transcater
UCI- Unidade de Cuidados Intensivos
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UI&DE - Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

RESUMO

As pessoas idosas com estenose aórtica (EA) grave e elevado risco cirúrgico são submetidas a implantação da válvula aórtica transcater (TAVI), que apesar da elevada taxa de sucesso, tem complicações reconhecidas, podendo agravar o seu estado de saúde (NICE, 2012). A preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a TAVI e família visa a sua capacitação para assumir o cuidado de si e a continuidade dos cuidados no domicílio, tendo em conta seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016). No sentido de desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa submetida a TAVI e sua família na preparação do regresso a casa, concebeu-se um projeto de intervenção com base no Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2016). A metodologia de Projeto permitiu-nos intervir num problema real com o objetivo de provocar uma mudança nas práticas. Nas fases de diagnóstico e avaliação, realizou-se análise documental de registos e análise de conteúdo de narrativas dos enfermeiros e de entrevistas à pessoa idosa. Na fase de implementação recorreu-se a sessões de apresentação do projeto à equipa de enfermagem, à construção de um guia e de um póster orientador das práticas, e à realização de estudos de caso. O projeto possibilitou o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre e o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, com melhoria na qualidade dos registos de enfermagem e nas intervenções educativas realizadas à pessoa idosa/família para a promoção do cuidado de si no regresso a casa. Das aprendizagens significativas, destacamos a avaliação multidimensional da pessoa idosa, a construção de uma relação de parceria com a pessoa idosa e família, o desenvolvimento de uma prática reflexiva e a atuação enquanto líder da equipa de enfermagem para a mudança. Como projetos futuros, salientámos a articulação com a Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), para investigação que promova os cuidados à pessoa idosa submetida a TAVI.

Palavras-chave: idoso, família, intervenções de enfermagem, parceria em saúde, alta do doente.

ABSTRACT

The elderly patients with severe aortic stenosis (AE) and high surgical risk are submitted to transcatheter aortic valve implantation (TAVI, which despite the high success rate has recognized complications and may aggravate their health status (NICE, 2012). The preparation to return home of the elderly submitted to TAVI and family aims at their capacity to care for the Self and the continuity of care at home, taking into account their life and health project (Gomes, 2016). In order to develop skills of specialist and master nurse in the care of the elderly person submitted to TAVI and his family in the preparation to return home, an intervention project was conceived on the basis of the Gomes Partnership Intervention Model (2016). The Project methodology allowed us to intervene in a real problem with the aim of provoking a change in practices. In the diagnostic and evaluation phases, a documentary analysis of records and content analysis of nurses' narratives and interviews with the elderly was carried out. In the implementation phase, project presentation sessions were presented to the nursing team; was built a guide and a poster guiding the practices, and were accomplish of case studies. The project allowed the development of skills as a specialist and master nurse and the development of skills in the nursing team, with improvement in the quality of nursing records and in the educational interventions carried out for the elderly / family to promotion of the care for the Self on return home. Of the significant learning, we emphasized the multidimensional evaluation of the elderly person, the construction of a partnership relationship with the elderly and the family, the development of a reflexive practice and the acting as leader of the nursing team for change. As future projects, we emphasized the articulation with the Nursing Research and Development Unit (UI & DE) of the Higher School of Nursing of Lisbon (ESEL), for research that promotes care for the elderly submitted to TAVI.

Key words: aged, family, nursing interventions, partnership practice, patient discharge.

ÍNDICE

Introdução	15
1. Revisão da Literatura	
1.1. A pessoa idosa submetida a implantação de válvula aórtica transcater	19
1.2. A intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa.....	21
2. Metodologia.....	25
3. Implementação do projeto e reflexão sobre as atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências	
3.1. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados de saúde primários	29
3.2. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados diferenciados.....	35
3.2.1 Desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e sua família para a promoção do cuidado de si na preparação do regresso a casa.....	36
3.2.2. Promoção do desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e sua família na preparação do regresso a casa, promovendo o cuidado de si.	44
4. Avaliação do projeto e contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem	57
5. Conclusão.....	59
Referências Bibliográficas.....	63
Apêndices	
Apêndice I - Avaliação multidimensional da pessoa idosa	
Apêndice II - Estudo de caso I	
Apêndice III - Póster sobre o Abuso à pessoa idosa	
Apêndice IV - Revisão da Literatura	

Apêndice V - Instrumento de colheita de dados

Apêndice VI - Guião de entrevista à pessoa idosa submetida a TAVI e família

Apêndice VII - Consentimento informado para realização de entrevistas com gravação áudio à pessoa idosa submetida a TAVI e família

Apêndice VIII - Análise de conteúdo das entrevistas à pessoa idosa submetida a TAVI e família (Fase de diagnóstico de situação)

Apêndice IX - Estudo de caso II

Apêndice X - Guião para reflexão sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família

Apêndice XI - Consentimento informado aos enfermeiros

Apêndice XII - Análise das narrativas dos enfermeiros

Apêndice XIII - Observação dos registos de enfermagem (Fase de diagnóstico de situação)

Apêndice XIV - Análise dos registos de enfermagem (Fase de diagnóstico de situação)

Apêndice XV - Plano de sessão de apresentação do projeto à equipa de enfermagem

Apêndice XVI - Layout de apresentação do projeto à equipa de enfermagem

Apêndice XVII - Reflexão sobre a apresentação do projeto à equipa de enfermagem

Apêndice XVIII - Documento orientador da intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa.

Apêndice XIX - Análise de conteúdo das entrevistas à pessoa idosa submetida a TAVI e família (Fase de avaliação do projeto)

Apêndice XX - Observação dos registos de enfermagem (Avaliação Final)

Apêndice XXI - Comparação dos registos de enfermagem - Avaliação inicial e avaliação final

Apêndice XXII - Póster de apresentação da intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivos gerais e específicos para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre....	28
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do 7.º curso de mestrado e pós-licenciatura em enfermagem médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa, realizámos um estágio, com a finalidade de desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na preparação do regresso a casa. O presente relatório expõe o percurso realizado na implementação do projeto de estágio intitulado “A preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a implantação de válvula aórtica transcater: A intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família.”

O envelhecimento populacional acarretou também o aumento de doenças crónicas, tornando-se uma preocupação a nível político, cultural e social, conduzindo à definição de políticas e desenvolvimento de vários programas de saúde com vista a tornar o envelhecimento das pessoas mais saudável (OMS, 2005; DGS, 2016). As doenças cardiovasculares são das doenças crónicas com uma grande prevalência nas pessoas idosas e uma das principais causas de mortalidade em Portugal.

Entre estas doenças, salientamos a EA, patologia cardíaca associada ao envelhecimento da população, com sintomatologia incapacitante nas pessoas com mais de 75 anos (Katz, Tarasoutchi, & Grinberg, 2010; Green et al, 2012; Rosa et al, 2013). Os doentes idosos, que sofrem de EA, podem apresentar os primeiros sintomas graves como dor torácica, síncope induzida por esforço e dispneia, com diminuição da tolerância ao exercício, verificando-se uma rápida progressão da doença após o aparecimento dos mesmos, com uma elevada taxa de mortalidade (50% nos primeiros 2 anos) em doentes não tratados (Leon et al, 2010; Almeida, Grassia e Nascimento, 2015; Forman, Currie, Lauck and Baumbusch, 2015). A EA grave era tratada através da substituição valvular por cirurgia cardio-torácica, até se desenvolverem, em 2002, técnicas menos invasivas para o doente e, por conseguinte, com menor tempo de procedimento e complicações, como é o caso da TAVI (Ruparelia & Prendergast, 2016). Este é um procedimento que permite a implantação de uma prótese valvular diretamente no coração, através da inserção de um cateter numa artéria de grande calibre, sob anestesia geral ou local, com sedação profunda (NICE,

2012). Apesar de uma taxa de sucesso superior a 94%, com melhoria da sobrevivência e qualidade de vida do doente, a TAVI continua a ser uma intervenção complexa, com reconhecidas complicações e consequências no estado de saúde da pessoa idosa (Green et al, 2012; NICE, 2012; Rodés-Cabau & Mok, 2012; Schoenenberger et al, 2012; Rosa et al, 2013). O aumento de episódios de internamento associado a esta patologia reforça a importância de uma atividade assistencial direcionada para os cuidados a estas pessoas e família (DGS, 2017).

Um internamento hospitalar surge como uma experiência geradora de *stress*, constituindo um ritual complexo e estranho para a pessoa, com todos os cuidados, regras impostas, limitações nas suas atividades e relações interpessoais, exigindo uma adaptação à nova situação. Uma vez que a capacidade adaptativa diminui com a idade, a possibilidade de desajustamento da pessoa idosa é maior e o risco de aparecimento ou agravamento de problemas durante o internamento aumenta (Cabete, 2002; Fulmer, 2007). A necessidade de repouso no leito e a presença de dor após o procedimento poderão agravar a imobilidade do doente e dificultar a sua recuperação (Almeida et al, 2015; Borja & Olvera-Arreola, 2015; Egerod, Nielsen, Lisby, Darmer & Pedersen, 2015). O enfermeiro a prestar cuidados à pessoa idosa submetida a TAVI tem que desenvolver intervenções que promovam a mobilidade, função respiratória e adequada alimentação, e minimizem o risco de distúrbios do sono, delirium e alterações no padrão de eliminação durante o internamento (Lauck, Mackay, Galte & Wilson, 2008; Panos & George, 2014). A responsabilidade do enfermeiro passa também pela educação das pessoas e família na preparação do regresso a casa, que deve focar os cuidados essenciais necessários para uma adequada gestão da sua situação de saúde (Cook, 2013; Borja & Olvera-Arreola, 2015).

O enfermeiro, tendo como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde da pessoa, é um elemento essencial no desenvolvimento de uma cultura de cidadania, visando a informação e capacitação dos cidadãos, de modo a que estes se tornem responsáveis pela sua saúde e pela saúde de quem cuidam (OE, 2012; DGS, 2015). A preparação do regresso a casa é uma situação complexa, em que a transição dos cuidados do hospital para a

continuidade dos cuidados no domicílio deve ser iniciada no momento da admissão e na qual o enfermeiro tem um papel fundamental em ajudar as pessoas e família na gestão desses processos (Meleis, 2010; Pereira, 2013). Na transição dos cuidados hospitalares para o domicílio, o enfermeiro deve intervir no sentido de promover o cuidado de si da pessoa idosa e família no regresso a casa. O trabalho em parceria como uma intervenção de enfermagem que visa a construção de uma ação conjunta para a capacitação da pessoa idosa e família para o controlo do cuidado de si, tendo sempre como foco de atenção o seu projeto de vida e de saúde, é fundamental (Gomes, 2013, 2016).

O interesse na área dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa surgiu da experiência profissional em cuidados intensivos de cardiologia, onde se prestam cuidados a pessoas submetidas TAVI como tratamento da EA grave. O percurso académico permitiu a realização de vários trabalhos que nos fizeram olhar para as práticas e refletir acerca delas, interrogando-nos sobre os modelos teóricos em que estão assentes ou que evidência científica fundamenta o nosso agir. Compreendemos que, apesar de um conhecimento profundo acerca dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença cardíaca, encontrávamo-nos em níveis iniciais de desenvolvimento relativamente às competências de enfermeiro especialista na área da pessoa idosa, desejando-se uma evolução para o nível de perita (Benner, 2001). O contacto diário com pessoas idosas internadas eletivamente para TAVI, com desconhecimento sobre o procedimento, com complicações e consequentes internamentos prolongados, que condicionam a sua funcionalidade e a necessidade de um cuidador no domicílio, fez surgir a preocupação em desenvolver estratégias para melhorar os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e sua família, nomeadamente na preparação do regresso a casa, e, simultaneamente, desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem, na área da pessoa idosa.

Considerando o problema real identificado na prática de cuidados, tornou-se pertinente o desenvolvimento de um trabalho com a metodologia de projeto. Esta metodologia pressupõe iniciativa e autonomia, na realização de uma atividade intencional, através do planeamento de estratégias e atividades

que preveem uma mudança das práticas, baseada na investigação e centrada na resolução de um problema (Ruivo et al, 2010). Nesse sentido realizámos um estágio em dois contextos distintos, o primeiro no âmbito de cuidados de saúde primários, durante 4 semanas, e o segundo, durante um período de 4 meses, num serviço de internamento e unidade de cuidados intensivos da especialidade de cardiologia, ambos na região de Lisboa e Vale do Tejo. O desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e sua família para a promoção do cuidado de si na preparação do regresso a casa; e a promoção do desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para a prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e sua família na preparação do regresso a casa, promovendo o cuidado de si, constituíram os objetivos gerais do estágio.

O presente relatório descreve as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos propostos e a reflexão sobre as aprendizagens realizadas e as competências desenvolvidas ao longo de todo o percurso, sendo composto por sete capítulos. A introdução apresenta a área de desenvolvimento do projeto, os objetivos propostos, assim como a metodologia usada no desenvolvimento do estágio. O primeiro capítulo constitui a revisão da literatura, descrevendo a melhor evidência disponível sobre a temática. No segundo capítulo desenvolve-se a metodologia utilizada para a realização do estágio. O terceiro capítulo apresenta as atividades e aprendizagens realizadas durante a implementação do projeto para o desenvolvimento de competências, encontrando-se dividido em dois subcapítulos, de acordo com o contexto de cuidados onde decorreram. O quarto capítulo constitui a avaliação do projeto, os seus pontos fortes e fracos e a contribuição do projeto para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Na conclusão apresenta-se sucintamente as aprendizagens realizadas e as competências desenvolvidas ao longo do projeto, e uma breve descrição do trabalho futuro. A elaboração de todo o trabalho, assim como as referências bibliográficas, seguiu a norma da American Psychological Association (APA).

1. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo descreveremos a melhor evidência disponível sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família e aprofundaremos as necessidades de cuidados da pessoa idosa submetida a TAVI, relacionando-as com as intervenções de enfermagem em parceria para a promoção do cuidado de si no regresso a casa.

1.1. A pessoa idosa submetida a implantação de válvula aórtica transcater

O envelhecimento é um processo fisiológico, gradual e inevitável dos seres vivos, determinado por fatores genéticos e ambientais, evoluindo de forma heterogênea numa mesma espécie, ou seja, como uma experiência individual (Schneider & Irigaray, 2008). A idade cronológica constitui uma referência social para o envelhecimento e para a determinação de pessoa idosa a partir dos 65 anos de idade. Por sua vez, a idade biológica está associada às alterações irreversíveis na estrutura e funcionamento de células, tecidos, órgãos e sistemas do organismo humano. O processo de envelhecimento conduz a uma diminuição progressiva da reserva funcional do organismo, traduzida por reações mais lentas a estímulos ou alterações orgânicas e maior dificuldade de adaptação homeostática (Botelho, 2007).

A EA é uma patologia cardíaca com cada vez mais expressão, verificando-se agravamento da sintomatologia e diminuição da capacidade funcional na população idosa, com rápida progressão e elevada taxa de mortalidade em doentes não tratados (Leon et al, 2010; Green et al, 2012; Rosa et al, 2013; Almeida et al, 2015). A TAVI surge como uma técnica menos invasiva, com menor tempo de procedimento e complicações, substituindo a cirurgia cardio-torácica para tratamento da EA grave, em doentes com idade superior a 80 anos ou alta probabilidade de mortalidade ou morbilidade cirúrgica em idades inferiores, presença de co-morbilidades que elevem o risco da cirurgia cardíaca tradicional, e acesso vascular com condições morfológicas e anatómicas para o procedimento por cateter (Almeida et al, 2015; Ruparelia &

Prendergast, 2016). No entanto, estando associada a idade avançada e a elevado peso de co-morbilidades da população proposta, continua a ser um procedimento complexo com consequências no estado de saúde da pessoa idosa (Green et al, 2012; Rodés-Cabau & Mok, 2012; Schoenenberger et al, 2012; Rosa et al, 2013). A regurgitação aórtica ligeira, a necessidade de implantação de pacemaker definitivo por alteração do sistema de condução cardíaco, as complicações vasculares, hemorragias, insuficiência renal aguda e a ocorrência de episódios isquémicos cardíacos e cerebrais são algumas reconhecidas complicações pós-TAVI, que se traduzem em declínio funcional dos doentes com elevado risco de dependência e internamentos mais prolongados (Green et al, 2012; NICE, 2012; Schoenenberger et al, 2012).

Tal como referido anteriormente, as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento tornam a pessoa idosa mais vulnerável a agressões do meio, com maior dificuldade de ajustamento a situações de *stress* como uma doença ou um internamento hospitalar (Botelho, 2007). As complicações após TAVI e os internamentos mais prolongados, associados a uma menor capacidade de adaptação da pessoa idosa às “agressões” do meio, são responsáveis pelo aumento do risco de desenvolvimento de problemas de saúde na população idosa, conhecidas como síndromes geriátricas, e que devem ser alvo de atenção por parte dos enfermeiros (Fulmer, 2007). Na procura do excelente exercício profissional, o enfermeiro deve prevenir complicações para a saúde das pessoas, ajudando-as a alcançar o máximo potencial de saúde, perseguindo os mais elevados níveis de satisfação, e conjuntamente com a pessoa, desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde. O enfermeiro tem que compreender que cada pessoa vivencia um projeto de saúde, pelo que a sua intervenção tem que assentar numa relação interpessoal caracterizada pela **parceria** com a pessoa e família (OE, 2012).

1.2. A intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa

O elevado risco cirúrgico, a idade avançada e as co-morbilidades tornam as pessoas propostas para TAVI num grupo potencialmente instável e mais doente (Panos & George, 2014). As complicações que poderão ocorrer após o procedimento tendem a aumentar o tempo de imobilidade no leito e, consequentemente o tempo de internamento da pessoa idosa, com repercussões a nível da sua capacidade funcional e estado de saúde. Os enfermeiros, na sua área de intervenção, procuram a máxima independência da pessoa na realização das AVD's, devendo para tal desenvolver intervenções que promovam a recuperação da pessoa idosa submetida a TAVI o mais rápido possível (OE, 2012). Estas devem ser desenvolvidas em parceria com a pessoa idosa no sentido de irem ao encontro do seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016). O despiste e controlo das reconhecidas complicações após TAVI é crucial para reduzir o tempo de internamento e tornar a recuperação destas pessoas mais fácil e rápida, sendo estas: avaliação neurológica, respiratória e cardíaca; vigilância da pele e do pulso do membro intervencionado e vigilância do local do acesso vascular; controlo da dor, e promoção do sono e repouso, alimentação, eliminação e mobilidade (Egerod et al, 2014; Panos & George, 2014; Teehan, et al, 2015). O desenvolvimento de protocolos de cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI permite uma atuação rápida e direcionada à resolução de complicações (Panos & George, 2014). Por outro lado, o enfermeiro tem a responsabilidade da **preparação do regresso a casa** da pessoa idosa submetida a TAVI, através do desenvolvimento de intervenções que promovam uma adequada gestão da sua situação de saúde (Gibbins et al, 2009; Cook, 2013; Borja & Olvera-Arreola, 2015). O controlo da dor e a promoção da atividade física são intervenções de enfermagem consideradas primordiais nos cuidados à pessoa idosa após a TAVI e parecem ter um impacto positivo na sua qualidade de vida (Lauck, et al, 2008; McRae et al, 2009; Egerod et al, 2014; Panos & George, 2014).

Para as pessoas idosas, a preparação do regresso a casa é uma parte vital da continuidade de cuidados e, se iniciado precocemente, permite tempo adicional para planear as necessidades em casa e prevenir atrasos na alta hospitalar. As intervenções de enfermagem são otimizadas se toda a família da pessoa for englobada no processo de cuidados, devendo a preparação do regresso a casa iniciar-se no momento da admissão hospitalar, através da identificação das necessidades de saúde e sociais da pessoa idosa e da família, e do planeamento e implementação de cuidados individualizados que visem otimizar a continuidade de cuidados no domicílio (OE, 2012; Pereira, 2013; Petronilho, 2016). Além disso, as expectativas e os objetivos da pessoa idosa e família com o tratamento selecionado para a EA podem também ter um impacto positivo nos seus resultados. O enfermeiro deve manter uma comunicação efetiva com a pessoa idosa e família, clarificar a informação, gerindo individualmente as expectativas e preocupações, fornecer informação sobre os cuidados após o procedimento e possíveis complicações, de modo a que a pessoa idosa e família possam tomar uma decisão informada sobre seus cuidados (Lauck et al, 2008; Panos & George, 2014; Frame & Barker, 2015; Teehan et al, 2015).

A literatura evidencia a importância de uma abordagem multidisciplinar na avaliação das necessidades individuais da pessoa idosa e no desenvolvimento de intervenções que englobem a família no apoio, educação e treino de capacidades para a continuidade de cuidados no domicílio (Martinsen, Harder & Norlyk, 2015). A participação e o envolvimento da pessoa idosa nos cuidados, desde a admissão até a alta hospitalar, são influenciados por constrangimentos de tempo, carga de trabalho dos profissionais de saúde e, simultaneamente, pelas condições de saúde, capacidades e preferências da pessoa (Dyrstad, Laugaland & Storm, 2015). Os mesmos autores afirmam que as pessoas idosas facilmente adotam um papel passivo nos cuidados de saúde, mostrando-se hesitantes em questionar os profissionais quando não compreendem a informação que lhes é transmitida, e salientam que os membros da família têm um papel importante na transmissão e receção de informação chave, providenciando-lhes suporte durante o internamento. A transmissão de informação à pessoa idosa submetida a TAVI e família na

preparação do regresso a casa deve englobar as possíveis complicações hemorrágicas e vasculares, os sinais de infeção e a terapêutica prescrita; a vigilância do local da arteriorrafia, assim como a identificação do dispositivo de encerramento vascular utilizado, de modo a capacitá-la a cuidar de si no regresso a casa (Gibbins et al, 2009; Almeida et al, 2015; Borja e Olvera-Arreola, 2015; Gomes, 2013, 2016). A intervenção de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa idosa e família passa por desenvolver programas que promovam a informação, envolvimento e preparação da pessoa idosa e família para os processos de transição que experienciam, com foco nas suas necessidades, capacidades e preferências pessoais (Dyrstad, Laugaland & Storm, 2015).

O enfermeiro direciona a sua intervenção para ajudar a pessoa idosa e família a gerir os seus processos de transição, facilitando o desenvolvimento de competências e aprendizagens nas suas experiências de saúde e doença (Meleis, 2010). A preparação do regresso a casa é uma situação complexa, em que a transição dos cuidados do hospital para a continuidade dos cuidados no domicílio, apesar de iniciada na admissão, pode ser geradora de ansiedade devido ao sentimento de isolamento, à dependência de um cuidador familiar ou ao medo de perder capacidades funcionais permanentemente (Pereira, 2013; Martinsen et al, 2015). Neste processo de transição em que o enfermeiro intervém no sentido de promover a continuidade de cuidados da pessoa idosa e família no regresso a casa, é importante o desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem que permita a construção de uma ação conjunta para capacitar a pessoa idosa e família no controlo do cuidado de si, tendo sempre como foco de atenção o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2016). O conceito de cuidado de si engloba, para além da capacidade de realizar as atividades de forma autónoma, o cuidado consigo próprio, preocupar-se, agir de acordo com os seus padrões de saúde de modo a melhorar a sua qualidade de vida (Silva et al, 2009). De acordo com o **Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes** (2013, 2016), o enfermeiro ao prestar cuidados à pessoa idosa deve entendê-la como um ser em constante evolução e em constante interação com o ambiente, responsável pela sua trajetória de vida, e com o direito de participar na tomada de decisão sobre os cuidados de

saúde e estilos de vida. O enfermeiro deve promover o desenvolvimento de competências na pessoa idosa e família para assumir o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro no regresso a casa, garantindo a continuidade de cuidados e respeitando os seus valores, objetivos e projetos de vida. O reconhecimento da existência de um potencial de desenvolvimento da pessoa idosa e família para o cuidado de si, e não apenas de necessidades, permite ao enfermeiro olhar para a pessoa idosa como um ser singular, com uma identidade, um património e um projeto individual, e como um ser de inter-relações sociais (Gomes, 2016). A relação de confiança, entre enfermeiro e pessoa idosa e família, irá permitir o estabelecimento de compromissos e a construção de uma relação de parceria para a promoção do cuidado de si, em que a responsabilidade é partilhada e os conhecimentos de cada interveniente são valorizados (Gomes, 2016).

2. METODOLOGIA

Neste capítulo pretendemos descrever o tipo de metodologia utilizada para a realização do estágio, que permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre nos cuidados à pessoa idosa.

O enfermeiro especialista presta cuidados à pessoa na área da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e possui um conhecimento aprofundado que lhe permite, através do julgamento clínico e da tomada de decisão, responder adequadamente às dificuldades das pessoas tendo em conta as suas respostas aos processos de vida e aos problemas de saúde (OE, 2011). Na área da pessoa idosa, o enfermeiro especialista desenvolve competências para cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família nos vários contextos onde se encontram (ESEL, 2015). Enquanto mestre em enfermagem, o enfermeiro deve desenvolver competências que permitam uma maior capacidade de análise acerca do conhecimento existente para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência; maior compreensão das políticas de saúde e da sua implicação na organização dos cuidados e na prática quotidiana dos profissionais da saúde; capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem; capacidade de liderança para influenciar a mudança nos cuidados de enfermagem e desenvolver projetos inovadores ao nível das práticas de cuidados (ESEL, 2014).

Com o intuito de desenvolver competências de enfermeira mestre e especialista na área da pessoa idosa, realizámos, empiricamente, uma análise da prática de cuidados através da observação das práticas e de conversas informais com enfermeiros e com a pessoa idosa e família, e que nos conduziu à identificação de áreas de intervenção de enfermagem que necessitavam de aprofundamento e melhoria dos cuidados prestados. O pouco envolvimento da pessoa idosa e família nos cuidados, a desvalorização da promoção de um envelhecimento ativo e da autonomia da pessoa idosa e a não preparação do regresso a casa de forma estruturada, tendo como foco de atenção a pessoa idosa e família, as suas capacidades e potencialidades, determinaram a

necessidade de promover uma intervenção de enfermagem que englobasse a pessoa idosa e família no seu plano terapêutico e de cuidados. Tendo em conta a experiência profissional no cuidado à pessoa idosa submetida a TAVI e família, sem uma intervenção estruturada e direcionada para a preparação do regresso a casa, foi cada vez mais sentida a necessidade de desenvolver uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família para a promoção do cuidado de si, garantindo que a pessoa ou a família assegurem a continuidade de cuidados no domicílio (Gomes, 2016).

Na unidade curricular “Opção II” do segundo semestre, foi-nos proposta a elaboração de um projeto, onde delineámos os objetivos e as atividades a realizar durante o estágio do terceiro semestre. Os objetivos gerais definidos pretendiam o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais na intervenção à pessoa idosa e família, e o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para a intervenção em parceria com a pessoa idosa e família, com vista a uma mudança de atitudes relativamente às pessoas idosas e à promoção de uma intervenção de enfermagem específica e direcionada. Para o desenvolvimento do projeto a que nos propusemos, considerámos a **Metodologia de Projeto** a mais adequada, uma vez que se baseia na investigação centrada num problema real identificado no contexto da prática e na implementação de estratégias e atividades eficazes para a sua resolução. Esta metodologia prevê a participação de todos os envolvidos na mudança pretendida, e desenvolve-se em cinco etapas: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento das atividades, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados através de um relatório (Ruivo et al, 2010). A identificação do problema existente na prática, a determinação dos objetivos para a resolução do mesmo, e a definição das estratégias e atividades a desenvolver, seus indicadores de avaliação e recursos necessários, foram etapas iniciadas no segundo semestre, através do projeto de estágio. Posteriormente, ao longo do estágio do terceiro semestre, foi aprofundado o diagnóstico da situação real, através de uma recolha de dados objetiva e qualitativa, e as atividades anteriormente delineadas, bem como os indicadores de avaliação, foram adaptados à realidade de cada campo de estágio e aos recursos disponíveis.

No desenvolvimento deste projeto foram utilizadas várias técnicas de recolha de dados com o objetivo de aprofundar o conhecimento do fenómeno em estudo. Os dados podem ser colhidos de várias formas, dependendo do objetivo de estudo, e podem ser fornecidas pelo investigador ou sujeitos em estudo (Fortin, 2009). Neste trabalho foram utilizadas a análise documental, entrevistas e escalas de avaliação multidimensional do idoso. A análise dos registos de enfermagem permitiu identificar a informação mais valorizada pelos enfermeiros, sobre a pessoa idosa submetida a TAVI e família e sobre os cuidados prestados. As entrevistas permitiram colher informação sobre fatos, ideias, comportamentos, sentimentos, expetativas, etc., junto da pessoa idosa e família. Por sua vez, as escalas permitiram avaliar variáveis psicossociais e fisiológicas, situando a pessoa idosa num ponto preciso do continuum ou numa série ordenada de categorias definidas, indicando o grau segundo o qual se caracterizam relativamente a determinado conceito ou fenómeno (Fortin, 2009). A utilização de diferentes técnicas de colheita de dados permitiu um maior conhecimento sobre o fenómeno em estudo, de modo a conhecer a situação real da prática de cuidados, os comportamentos, as ideias e as expetativas das pessoas e, tendo em conta as necessidades identificadas, desenvolver um trabalho em parceria com a pessoa idosa e família na promoção do cuidado de si, na preparação do regresso a casa.

De salientar que as questões éticas não foram descuradas, tendo sido pedida autorização para a realização do estágio e implementação do projeto à Direção de Enfermagem, à Sra. Enfermeira Chefe, ao Coordenador do Serviço e à Comissão de Ética, cujos pareceres foram positivos. Os respetivos pedidos e declarações de autorização não constam do presente relatório por possibilitarem a identificação da instituição hospitalar e dos seus elementos constituintes. Os direitos à autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade, proteção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo das pessoas envolvidas foram igualmente garantidos (Fortin, 2009).

No capítulo seguinte encontram-se descritas as atividades realizadas para implementação do projeto, de forma a atingir os objetivos gerais e específicos definidos, apresentados no quadro 1, e as aprendizagens que

permitiram o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre.

Quadro 1 – Objetivos gerais e específicos para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre.

Objetivos Gerais	Objectivos Específicos
Desenvolver competências como enfermeira especialista na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e sua família na preparação do regresso a casa, promovendo o cuidado de si.	- Aprofundar conhecimentos sobre a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a TAVI e da família.
	- Aprofundar o conhecimento do modelo de parceria na promoção do cuidado de si à pessoa idosa submetida a TAVI e família, na preparação do regresso a casa.
	- Promover o cuidado de si da pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa, através da intervenção em parceria.
	- Promover o cuidado de si da pessoa idosa com doença crónica e família em contexto domiciliário, através da intervenção em parceria.
Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e sua família na preparação do regresso a casa, promovendo o cuidado de si.	- Identificar as práticas de cuidados de enfermagem em parceria à pessoa idosa submetida a TAVI e sua família na preparação do regresso a casa, promovendo o cuidado de si.
	- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e sua família na preparação do regresso a casa, promovendo o cuidado de si.

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO E REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Como acima mencionado, o estágio decorreu entre 26 de Setembro de 2016 e 12 de Fevereiro de 2017, tendo como **objetivo geral o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e sua família para a promoção do cuidado de si na preparação do regresso a casa.** A realização do estágio dividiu-se em dois contextos distintos, cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados. Para uma melhor exposição e compreensão, apresentamos as atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências, nos dois contextos de cuidados separadamente.

3.1. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados de saúde primários

Atendendo à nossa carência de conhecimento sobre o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros em contexto de cuidados de saúde na comunidade, e uma vez que pretendíamos desenvolver um projeto sobre o regresso a casa, houve a necessidade de aprender a cuidar das pessoas idosas e famílias no seu domicílio. Deste modo, desenvolvemos um estágio numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que integra a Equipa de Cuidados de Continuados Integrados (ECCI), de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região de Lisboa e Vale do Tejo. Este estágio decorreu entre 26 de Setembro e 21 de Outubro de 2016, com o objetivo de **“Promover o cuidado de si da pessoa idosa com doença crónica e família em contexto domiciliário, através da intervenção em parceria.”**

A equipa da UCSP, composta por médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e operacionais, desenvolve uma intervenção multidisciplinar a pessoas

em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do seu domicílio (DL n.º 101/2006, de 6 de junho, n.º 1 do art. 27.º). A oportunidade de integrar a ECCI da UCSP durante 4 semanas permitiu o contacto com uma realidade desconhecida, desencadeando dúvidas e reflexões acerca da prática de cuidados. O próprio contexto onde se prestam cuidados é completamente diferente do contexto hospitalar onde desempenhamos funções, pelo que as primeiras visitas domiciliárias foram marcadas por algum embaraço, acanhamento e dificuldade em circular no meio envolvente da pessoa, que não é o nosso (enfermeiras). Esta situação fez-nos refletir acerca do modo como recebemos e como interagimos diariamente com a pessoa idosa em ambiente hospitalar. A nossa atitude paternalista restringe o estabelecimento de uma relação de confiança e a participação da pessoa nos cuidados, traduzindo-se numa atitude mais passiva por parte da pessoa idosa relativamente aos cuidados que lhe são prestados (Dyrstad et al, 2015). A curta experiência na ECCI mostrou-nos a importância e a dificuldade do trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem na capacitação da pessoa idosa e família para assumir o cuidado de si e do outro, garantindo a continuidade de cuidados. Ao refletirmos sobre as intervenções de enfermagem desenvolvidas em contexto de cuidados domiciliários para a promoção do cuidado de si da pessoa idosa e família, compreendemos que resultam das relações estabelecidas entre os intervenientes, não são padronizadas, ou seja, são individualizadas e adequadas a cada situação, uma vez que “... a enfermeira, em colaboração com uma família específica, determina quais as intervenções mais úteis para a experiência de uma determinada doença.” (Wright & Leahey, 2013, p. 8). Uma primeira reflexão sobre esta experiência, permitiu-nos concluir que a prestação de cuidados em parceria é, em contexto domiciliário, a única maneira de trabalhar, e fez-nos sentir a necessidade de **aprofundar o conhecimento do modelo de parceria na promoção do cuidado de si à pessoa idosa e família**, constituindo-se como um objetivo específico.

As atividades desenvolvidas que nos permitiram atingir este objetivo englobaram um estudo aprofundado dos trabalhos realizados por Gomes

(2013, 2016), as reuniões de orientação tutorial, que possibilitaram a discussão do modelo de parceria aplicado à prática diária de enfermagem, e a elaboração de um estudo de caso onde desenvolvemos uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família para a promoção do cuidado de si, e que se encontram descritas ao longo deste subcapítulo.

Uma intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família passa pela construção de uma ação conjunta para a capacitação das pessoas idosas para assumir o cuidado de si próprio ou da família para assegurar o cuidado do outro, quando este não tem autonomia (Gomes, 2013, 2016). A construção de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família estabelece-se em cinco fases. Na primeira, **Revelar-se**, o enfermeiro conhece e dá-se a conhecer à pessoa, demonstrando afetividade, disponibilidade e respeito pela pessoa enquanto ser de projetos e cuidados; e demonstra capacidade para compreender e avaliar a situação da pessoa, procurando conhecer o seu potencial de desenvolvimento no sentido de ajudar a promover o seu projeto de vida e saúde. A segunda fase, **Envolver-se**, caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade e confiança, onde o enfermeiro mostra disponibilidade, capacidade de partilha e procura a singularidade da pessoa, avaliando a sua situação e a capacidade de desenvolvimento de autonomia, através dos seus conhecimentos, capacidades e recursos, e propondo soluções adequadas e centradas na pessoa. Na terceira fase, **Possibilitar/ Capacitar**, pretende-se transformar as capacidades potenciais da pessoa em capacidades reais, através de uma ação e objetivos predefinidos em conjunto, com vista à capacitação da pessoa para assumir o cuidado de si ou da família para assegurar o cuidado de si próprio e do outro. Na fase **Comprometer-se** é crucial o desenvolvimento de esforços mútuos para realizar as intervenções e alcançar os objetivos predefinidos em conjunto. O planeamento de cuidados em conjunto, com o objetivo de promover o cuidado de si ou capacitar o cuidador a assegurar o cuidado do outro, visa a promoção da autonomia da pessoa de acordo com as suas capacidades, decisões e projeto de vida. Na última fase do modelo de parceria, **Assumir o Controlo de si/ assegurar o controlo do outro**, a pessoa encontra-se informada e assume o controlo do cuidado de si ou, no caso de a pessoa não

ter capacidade para tal, a família adquiriu competências para assegurar o cuidado ao outro de acordo com o seu projeto de vida e saúde.

A intervenção em parceria permite construir uma ação conjunta na promoção do cuidado de si e do outro, de acordo com os problemas identificados, expectativas, motivações e projeto de vida e saúde, mobilizando os recursos internos e externos da pessoa, e estabelecendo objetivos comuns, com os quais o enfermeiro e a pessoa idosa e família se comprometem. A experiência durante o estágio na ECCI mostrou-nos as dificuldades em desenvolver uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família, pois nem todas as pessoas têm capacidade ou se mostram preocupadas ou interessadas em compreender como podem assumir o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro, e nem sempre os enfermeiros têm disponibilidade ou se encontram despertos para a importância de um conhecimento aprofundado da pessoa idosa e família para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria. Para a nossa aprendizagem foi importante a realização de uma avaliação global da pessoa idosa e família que nos permitisse identificar os seus problemas, necessidades e recursos para fazer face às dificuldades e estabelecer um plano de cuidados com objetivos comuns com a pessoa idosa e família, pelo que considerámos imprescindível o estudo sobre o processo de envelhecimento e a avaliação multidimensional da pessoa idosa.

A **avaliação multidimensional da pessoa idosa** (Apêndice I) é um processo de identificação dos problemas que afetam a sua funcionalidade global e que, por serem associados ao envelhecimento, não são alvo de uma abordagem adequada de cuidados (Moraes, 2008). Este processo envolve a pessoa idosa e família e permite o diagnóstico multidimensional e a definição de um plano de cuidados. A realização de um estudo de caso em contexto domiciliário (Apêndice II) permitiu desenvolver competências de comunicação, através da entrevista à pessoa idosa e família para avaliação multidisciplinar e para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria. A prestação de cuidados no domicílio à pessoa idosa e família possibilita o conhecimento do ambiente onde a pessoa vive e das pessoas com quem lida diariamente, facilitando o estabelecimento de objetivos reais adequados à sua situação de

saúde e vida. A identificação dos problemas e a definição de objetivos em conjunto com a pessoa idosa e família, assim como a negociação das atividades a desenvolver no plano de cuidados mostraram-nos a importância do estabelecimento de uma relação de confiança para o sucesso da intervenção, pois “as intervenções de enfermagem só são concretizadas em um relacionamento.” (Wright & Leahey, 2013, p. 8).

A realização da primeira visita domiciliária à pessoa idosa e família no regresso a casa, após internamento hospitalar, foi uma experiência que, além de nos suscitar previamente bastante curiosidade, na expectativa de conhecer as suas necessidades no regresso a casa, permitiu o reconhecimento da ineficácia dos ensinamentos de enfermagem realizados unicamente no dia da alta hospitalar. Nesta experiência pudemos constatar que, apesar de ser disponibilizada toda a informação necessária para assegurar o cuidado de si e do outro no regresso a casa, o cuidador familiar pode ter dificuldade em gerir a informação e o próprio cuidado à pessoa idosa, devido à alteração da medicação, presença de feridas, dependência nas atividades de vida diária, ou mesmo dificuldade em a compreender. O tempo de internamento parece não contribuir para a sensação de preparação da pessoa para o regresso a casa, pelo que o envolvimento da pessoa idosa e família nos cuidados é crucial para aumentar a confiança e as suas capacidades na continuidade de cuidados no domicílio (Martinsen et al, 2015). Esta situação fez-nos compreender a importância do trabalho em parceria com a pessoa idosa e família no internamento para a promoção do cuidado de si e do outro no regresso a casa e de uma rápida e informada referência aos cuidados de saúde primários. Todavia, nem todos os cuidadores familiares se mostravam ansiosos e preocupados com o seu familiar idoso dependente do seu cuidado. O contacto com a pessoa idosa e família em várias visitas domiciliárias realizadas, assim como a discussão de várias situações consideradas críticas pela equipa multidisciplinar, fez-nos aperceber da existência de situações de negligência que constituem uma violação dos direitos da pessoa idosa. Perante esta constatação e, tendo nós realizado um trabalho sobre a prevenção do abuso à pessoa idosa durante o percurso académico, pareceu-nos pertinente agendar uma reunião com a equipa de enfermagem para refletirmos sobre o assunto e

discutir estratégias para prevenir e diminuir essas situações, com que lidam diariamente. Como ponto de partida para a reunião, foi elaborado um pôster com informação prática e atualizada sobre o abuso à pessoa idosa (Apêndice III). A partilha de experiências das enfermeiras permitiu a identificação de várias situações de negligência por parte do cuidador e da dificuldade em notificar os casos. Os elementos da ECCI, apesar de considerarem que, muitas vezes, se sentem impotentes perante algumas situações, mostram-se despertos para acompanhar todas as situações consideradas críticas.

Durante o estágio também constatámos, e foram igualmente verbalizadas pelas enfermeiras da ECCI, a existência de lacunas na referenciação dos doentes e na articulação entre as instituições hospitalares e as unidades dos ACES, traduzindo-se no atraso da disponibilização da vaga na ECCI ou da realização da primeira visita de enfermagem. No desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre, compreendemos a importância das políticas de saúde na organização do trabalho e a importância da referenciação das pessoas à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pelo que a possibilidade de assistirmos a uma sessão de apresentação sobre a organização da RNCCI, o circuito de referenciação dos doentes e as diferentes tipologias de unidades de cuidados, e a uma das reuniões quinzenais da ECCI, com todos os elementos da equipa multidisciplinar, onde são discutidas as situações sociais e de saúde dos doentes referenciados, assim como as estratégias definidas para ultrapassar os problemas identificados na prestação dos cuidados, contribuiu de forma bastante positiva para a nossa aprendizagem. Numa atitude mais proactiva, em colaboração com a equipa de enfermagem da ECCI, e perante o problema identificado da existência de lacunas na articulação entre instituições hospitalares e o ACES, contactámos a enfermeira da Equipa de Gestão de Altas (EGA) do hospital da área, para verificar a sua disponibilidade em agendar uma reunião com a equipa de coordenação local (ECL) e ECCI do respetivo ACES, de modo a definirem estratégias para melhorar a articulação entre instituições. Perante o assentimento da enfermeira da EGA em reunir-se com a ECL e ECCI, a enfermeira orientadora da prática foi informada e procedeu ao

respetivo encaminhamento para marcação de reunião oficial entre os respetivos elementos.

O circuito deficiente de referenciação das pessoas com necessidades de cuidados, as dificuldades de comunicação com a pessoa idosa e família para transmissão e validação de informação e capacitação para assumir o controlo do cuidado de si e do outro, e o contacto com situações de negligência à pessoa idosa por parte do cuidador, tornaram esta experiência mais enriquecedora, através da partilha e reflexão conjunta com a equipa multidisciplinar da ECCI sobre as situações e a identificação de estratégias de melhoria. Ao longo deste estágio consideramos ter desenvolvido competências ao nível dos domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal, demonstrando respeito pela pessoa idosa e família, pela sua situação de saúde, pelos seus valores e autodeterminação, englobando-os na tomada de decisão e garantindo a confidencialidade; da melhoria contínua da qualidade, através da utilização adequada dos instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa e da participação em reuniões de equipa multidisciplinar na divulgação de normas de orientação clínica; e da gestão de cuidados, constituindo elo de ligação entre profissionais de instituições parceiras e promovendo o trabalho de equipa entre esses profissionais após identificação dos problemas de articulação.

3.2. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados diferenciados

A experiência em cuidados de saúde primários facilitou a compreensão da importância do desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família para a promoção do cuidado de si. Por outro lado, a experiência profissional num serviço de internamento que presta cuidados a pessoas idosas submetidas a TAVI e família possibilitou a identificação da necessidade de mudança nas práticas relativamente à preparação para o regresso a casa. A inexistência de um protocolo de intervenção centrada na

pessoa idosa submetida a TAVI, e a pouca valorização de um modelo teórico orientador da prática, associada à parca investigação nessa área, traduz-se numa conceção de cuidados centrada na doença, com foco na prevenção de complicações, pouco promotora da autonomia da pessoa idosa. Por outro lado, o facto do contexto de cuidados ser uma unidade de cuidados intensivos parece desculpabilizar a “distração” do cuidado à pessoa para a centralização no cuidado à doença.

Esta fase do estágio decorreu no período de 24 de outubro de 2016 a 12 de fevereiro de 2017, num serviço de prestação de cuidados especializados na área da cardiologia, dividido em unidade de cuidados intensivos, unidade de cuidados intermédios e enfermaria.

Para uma melhor exposição e compreensão das atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre e para a promoção do desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, estas encontram-se descritas separadamente.

3.2.1 Desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e sua família para a promoção do cuidado de si na preparação do regresso a casa.

No sentido de desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre nos cuidados à pessoa idosa e para colmatar as evidentes falhas a nível do conhecimento científico, foi realizada uma revisão scoping, dando resposta ao objetivo específico **“Aprofundar conhecimentos sobre a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a TAVI e da família”**. Nesta revisão *scoping* (Apêndice IV), realizada com base na metodologia de *Joanna Briggs Institute*, procurámos resposta à questão *“Quais os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a implantação de válvula aórtica transcater (TAVI) e família na preparação do regresso a casa?”*. Os resultados obtidos trouxeram alguns contributos para orientar a nossa intervenção junto da pessoa idosa submetida a TAVI e família. A maioria

dos autores salienta o papel fundamental do enfermeiro no despiste e controlo das reconhecidas complicações após TAVI, para uma recuperação mais fácil e rápida, focando a atenção no controlo da dor e na promoção da mobilidade como cuidados cruciais para a preparação do regresso a casa (Lauck, et al, 2008; Madden & Hill, 2009; McRae et al, 2009; Egerod et al, 2014; Panos & George, 2014; Teehan et al, 2015). A capacidade de estabelecer uma comunicação efetiva com a pessoa idosa e família irá permitir desenvolver uma intervenção individualizada e direcionada às suas necessidades. O enfermeiro deve ser capaz de gerir expetativas e preocupações, fornecer informação pertinente para a tomada de decisão informada da pessoa idosa e família sobre seus cuidados, e identificar as suas necessidades no processo de preparação de regresso a casa (Lauck et al, 2008; Panos & George, 2014; Frame & Barker, 2015; Teehan et al, 2015).

Os resultados da revisão *scoping* foram ao encontro das necessidades encontradas na prática profissional, nomeadamente, a de um conhecimento mais profundo da pessoa idosa e família, da criação de um protocolo de atuação para despiste e controlo de complicações e de uma intervenção mais estruturada e direcionada à pessoa idosa para a preparação do regresso a casa, promovendo a sua autonomia. A realização da revisão da literatura permitiu o desenvolvimento de competências no domínio da investigação, uma vez que constitui uma metodologia de investigação secundária; das aprendizagens profissionais, através da aquisição de novos conhecimentos para fundamentação da prática de cuidados, e no domínio da melhoria contínua da qualidade, através da posse de evidência científica que contribui para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem. Pretendemos publicar esta revisão *scoping* em revista científica, pelo que será aprofundada a apresentação e discussão de resultados numa fase posterior.

Os enfermeiros procuram criar condições para maximizar o potencial de autonomia da pessoa através do compromisso na tomada de decisão autónoma (Reed & McCormack, 2012). Para tal, o enfermeiro vê a pessoa como um parceiro no processo de cuidados. A parceria nos cuidados de enfermagem significa focar a atenção na partilha dos significados da experiência das pessoas relativamente ao seu projeto de saúde e vida, tendo

em conta o poder que a pessoa possui, os seus conhecimentos, desejos, necessidades e preocupações, e capacitá-la para o controlo do cuidado de si (Gomes, 2013, 2016). O **modelo de intervenção em parceria** surge como a base orientadora da prática, possibilitando um planeamento de intervenções estruturado e direccionado à preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a TAVI e família.

A interiorização dos conceitos do modelo de parceria, assim como a percepção da sua importância no planeamento e execução de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família na preparação do regresso a casa, evidenciaram a necessidade de um instrumento de colheita de dados que possibilitasse a partilha de informação entre enfermeiro e pessoa idosa e família de forma sistematizada e direccionada. Esse **instrumento de colheita de dados** foi construído com base nas cinco fases do modelo de parceria e no conhecimento sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa, possibilitando a sua aplicação prática no conhecimento da pessoa idosa e família e na transmissão e validação de informação para a promoção do cuidado de si e do outro no regresso a casa. A sua construção foi debatida várias vezes com a professora orientadora e com a equipa de enfermagem, resultando num instrumento essencial para o conhecimento da pessoa idosa submetida a TAVI e família, seu contexto de vida e de doença, os seus recursos e apoios familiares e sociais, e as suas capacidades e potencialidades, e para a estruturação de um plano de cuidados em parceria com a pessoa idosa e família, capacitando-as a assumir o cuidado de si e do outro no regresso a casa (Apêndice V).

Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através da melhoria da colheita de dados à pessoa idosa e família, com o objetivo de aumentar a informação que permita o desenvolvimento de uma intervenção em parceria. Na posse do instrumento de colheita de dados com indicadores que permitem desenvolver um trabalho em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa, pudemos avançar para as atividades estabelecidas noutro objetivo específico definido para este estágio: “**Promover**

o cuidado de si da pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa, através da intervenção em parceria.”

Ao chegarmos a este ponto, refletimos acerca da informação que possuíamos sobre a intervenção em parceria e os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa. Considerámos que a revisão da literatura e o estudo aprofundado do modelo de parceria eram excelentes bases para o desenvolvimento da nossa aprendizagem na promoção do cuidado de si da pessoa idosa e família no regresso a casa. Todavia, não tínhamos conhecimento das necessidades reais da pessoa idosa e família durante o internamento para a preparação do regresso a casa, surgindo assim a pertinência de realizar uma entrevista à pessoa idosa e família.

A entrevista é o método de colheita de dados que permite compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes, o seu ponto de vista (Fortin, 2009). Uma vez que se pretendia respostas sobre o conhecimento da pessoa idosa e família acerca dos cuidados de enfermagem na preparação do regresso a casa, foi realizado um guião de entrevista semidirigida, sendo formuladas questões sobre os temas a abordar (Apêndice VI). A entrevista foi realizada em dois momentos distintos, no momento da admissão, onde procurámos perceber qual o conhecimento da pessoa idosa e família sobre o procedimento a realizar, quais as suas preocupações e como é que os enfermeiros os poderiam ajudar durante o internamento; e um segundo momento, em que procurámos saber que informação sobre os cuidados após o procedimento lhes tinha sido facultada pelos enfermeiros. Os critérios de inclusão dos participantes da entrevista foram: pessoa internada para TAVI, idade superior a 65 anos, e nacionalidade portuguesa; e os critérios de exclusão: antecedentes pessoais de doença neurológica ou processo demencial, e dificuldades de comunicação. Após a aplicação dos critérios de inclusão às 4 pessoas internadas para TAVI no período de 6 a 16 de Dezembro de 2016, foram realizadas 3 entrevistas. O consentimento informado e esclarecido para autorização da entrevista com gravação áudio à pessoa idosa ou seu familiar encontra-se em anexo (Apêndice VII).

A realização de entrevistas à pessoa idosa e família permitiu o contacto direto com a experiência pessoal, possibilitando a obtenção de informações mais completas. Os dados obtidos através da entrevista foram transcritos e analisados. A análise dos dados obtidos através das entrevistas seguiu a metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2009), em que, após uma leitura integral de toda a informação, agruparam-se as unidades de registo (respostas dos participantes), e identificaram-se as categorias (correspondente ao significado das unidades de registo). As categorias identificadas foram, por sua vez, agrupadas em unidades temáticas, tendo sempre como referência o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2013, 2016). A análise das entrevistas realizadas à pessoa idosa e família, nesta fase inicial do projeto (Apêndice VIII), possibilitou-nos o conhecimento sobre as suas necessidades de informação e sobre as lacunas de informação disponibilizadas pela equipa de enfermagem ao longo do internamento. O défice de conhecimento da pessoa idosa e família sobre o procedimento que vinha realizar, sobre os cuidados necessários para assumir o cuidado de si no regresso a casa, e sobre o que esperar da equipa de enfermagem durante o internamento suscitou ainda mais a necessidade de desenvolver uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família e de promover uma mudança nas práticas profissionais. Além disso, as conversas terapêuticas resultantes das entrevistas permitiram o reconhecimento de que a pessoa idosa e família são extremamente importantes no processo de saúde, de recuperação ou cura (Wright & Leahey, 2011).

Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências a nível da responsabilidade profissional, ética e legal, através do pedido de autorização à comissão de ética do hospital e do consentimento informado das pessoas idosas e famílias para realização das entrevistas e da garantia ao anonimato e confidencialidade dos dados; da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da construção do guião da entrevista e da sua análise; e das aprendizagens profissionais, através da capacidade de comunicação e orientação das entrevistas e da identificação das necessidades de formação das pessoas idosas e famílias para assumirem o cuidado de si e do outro no regresso a casa. Salientamos que a utilização de instrumentos de investigação,

assim como a realização e posterior análise de entrevistas contribuíram também para o desenvolvimento de competências de mestre.

O conhecimento adquirido através da realização das entrevistas sobre as necessidades da pessoa idosa e família, o instrumento de colheita de dados elaborado com base no modelo de parceria e a avaliação multidimensional da pessoa idosa permitiram desenvolver uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família, apresentada neste relatório, a título de exemplo, através da elaboração de um estudo de caso (Apêndice IX), atividade importante para a nossa aprendizagem e para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista na área da pessoa idosa. O desenvolvimento desta intervenção não seria possível sem o estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa idosa e família, uma vez que “a qualidade do relacionamento (...) é importante ingrediente para um engajamento terapêutico responsável.” (Wright & Leahey, 201, p. 215). A avaliação multidimensional da pessoa idosa à admissão no nosso serviço permitiu o diagnóstico funcional, com a respetiva identificação das suas condições de saúde (Moraes, 2008). O diagnóstico funcional da Sra. M. L. foi bastante útil na identificação das suas incapacidades, a nível da independência e autonomia para a realização das atividades de vida, e do comprometimento dos sistemas funcionais principais.

A realização do diagnóstico funcional da Sra. M. L. foi importante para o conhecimento e aplicação prática de escalas de avaliação multidimensional da pessoa idosa, constituindo uma estratégia para melhorar o conhecimento da sua identidade, singularidade e recursos face às experiências de saúde e doença. A junção da informação obtida através do diagnóstico funcional e do preenchimento do instrumento de colheita de dados permitiu desenvolver uma intervenção em parceria com a Sra. M. L. e sua filha. Na fase Revelar-se, foi importante o conhecimento da sua identidade, do seu contexto e hábitos de vida, e do contexto de doença, nomeadamente antecedentes pessoais e familiares, medicação, conhecimento sobre a doença atual, medicação e o impacto da doença na sua vida pessoal e familiar, de modo a permitir a compreensão da sua situação de vida e de doença atual. A presença de incapacidades é preditora de mortalidade, hospitalização e institucionalização.

E como a maioria das pessoas idosas, a Sra. M. L. apresentava elevado risco de iatrogenia devido a polipatologia, poli-incapacidades e polifarmácia (Moraes, 2008). Na pessoa idosa internada é fundamental evitar a iatrogenia, resultante muitas vezes do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e de uma abordagem à pessoa idosa menos adequada (Moraes, Marino & Santos, 2010). As principais síndromes geriátricas foram abordadas durante a entrevista à Sra. M. L. e filha, focando-se a atenção durante o internamento na avaliação e prevenção de possíveis distúrbios do sono, confusão, problemas de nutrição, incontinência, quedas e alterações cutâneas (Fulmer, 2007).

Com o estabelecimento de uma relação de confiança, assente num maior envolvimento de todos os intervenientes e maior conhecimento da singularidade da Sra. M. L. e sua filha, tivemos oportunidade de identificar as suas necessidades, capacidades e potencialidades no controlo do cuidado de si e do outro, assim como os recursos internos e externos de que dispõe para fazer face à doença, internamento e tratamento. A posse de toda esta informação foi facilitadora na identificação das suas necessidades de cuidados para assumir o cuidado de si no regresso a casa e estabelecer objetivos comuns. Os problemas identificados na intervenção em parceria com a Sra. M. L. relacionam-se com a atividade física prejudicada; o risco de queda, a depressão grave, o conhecimento diminuído quanto aos cuidados com o membro inferior intervencionado e a ansiedade da filha relativamente à alteração terapêutica.

A identificação dos problemas permitiu o estabelecimento de objetivos e de um plano de cuidados em conjunto, em que o compromisso de fazer esforços para atingir os objetivos previamente planeados para a promoção do cuidado de si e do outro no regresso a casa é essencial na intervenção em parceria desenvolvida. O plano de cuidados é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde se definem os problemas de saúde identificados na avaliação multidimensional, os objetivos que se pretende atingir, as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde e os recursos necessários para a implementação das intervenções (Moraes, 2008). Os objetivos estabelecidos visam a diminuição ou eliminação dos problemas

identificados, pelo que se pretende alcançar uma maior autonomia da Sra. M. L. na realização das atividades de vida diária, promover atividades de lazer e bem-estar, aumentar o conhecimento necessário para assumir o cuidado de si relativamente aos cuidados com o membro intervencionado após a TAVI e diminuir sentimentos de ansiedade da filha quanto a alterações terapêuticas. Todas as intervenções de enfermagem são discutidas e desenvolvidas em conjunto com a pessoa idosa e família, existindo um acordo implícito entre todos os intervenientes. Numa intervenção em parceria é importante definir os compromissos assumidos pela pessoa idosa e família para atingir os objetivos propostos.

O estudo de caso realizado revelou-se uma atividade bastante facilitadora da nossa aprendizagem, uma vez que a avaliação multidisciplinar da Sra. M. L. permitiu a identificação de problemas que passariam despercebidos numa avaliação segmentada, não direcionada à pessoa idosa. A identificação da depressão grave através da escala de depressão geriátrica, possibilitou uma entrevista direcionada para a descoberta das suas causas e de possíveis estratégias para diminuir os sentimentos de tristeza e isolamento social. Graças à identificação inicial dos recursos sociofamiliares da Sra. M. L. e filha, excluiu-se a necessidade de referenciação para equipa de enfermagem dos cuidados de saúde primários da sua área de residência. No dia do regresso a casa, foi importante realizar uma avaliação da capacidade da Sra. M. L. e filha no cuidado de si e do outro, ao que se mostraram muito motivadas e com a informação necessária para assumir o cuidado.

A identificação dos cuidados após o regresso a casa e a avaliação da capacidade da pessoa idosa e família em assumirem o cuidado de si e do outro é essencial para a compreensão da necessidade de referenciação aos cuidados de saúde primários no regresso a casa. A realização deste estudo de caso contribui para o desenvolvimento de competências a nível da responsabilidade profissional, ética e legal, através do cuidado centrado na pessoa e família e da avaliação de situações complexas com recurso a instrumentos de avaliação, o que permitiu a compreensão da situação da pessoa e família e a individualização dos cuidados, o respeito pelos seus valores e autodeterminação e a elaboração de um plano de cuidados em

conjunto, englobando a pessoa idosa e família na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde. Sabendo que os profissionais de saúde ainda têm dificuldade em envolver as pessoas e seus familiares na tomada de decisão acerca do seu tratamento e cuidados, devemos desenvolver estratégias que permitam aos enfermeiros disponibilizar tempo para ouvir as suas histórias e dar importância às suas preocupações, implementando intervenções centradas na pessoa (Dyrstad, Laugaland & Storm, 2015). Neste sentido, e associadas às atividades de desenvolvimento pessoal e profissional a nível dos cuidados especializados à pessoa idosa, tornou-se pertinente promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para o cuidado à pessoa idosa e família.

3.2.2. Promoção do desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e sua família na preparação do regresso a casa, promovendo o cuidado de si.

O estágio realizado seguiu a metodologia de projeto para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre. A identificação de um problema na prática de cuidados torna pertinente o planeamento de estratégias e atividades que preveem a sua resolução, baseado na investigação e com o objetivo de provocar mudança no contexto onde se operacionaliza como já foi referido. As atividades e aprendizagens realizadas em três fases da metodologia de projeto para a promoção do desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem são apresentadas em seguida: a fase de diagnóstico, que permite conhecer a realidade do contexto de cuidados e identificar as necessidades; a fase de implementação, onde foram implementadas as estratégias que provocaram a mudança das práticas; e por fim a fase de avaliação das atividades realizadas e dos seus resultados nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família.

Fase de diagnóstico de situação

Nesta fase procura-se conhecer o problema existente, através de recolha de dados de forma objetiva e qualitativa que conduzirá à definição das necessidades sentidas e das atividades a desenvolver (Ruivo et al, 2010).

No sentido de **identificar as práticas de cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa para a promoção do cuidado de si** que a equipa de enfermagem desenvolvia, foi solicitado aos enfermeiros do serviço uma reflexão sobre as suas práticas de cuidados, orientada por 5 questões (Apêndice X), igualmente sujeita a consentimento informado e esclarecido (Apêndice XI). As respostas ao guião de reflexão dos enfermeiros constituíram as suas narrativas, que permitiram a identificação das lacunas existentes e as áreas a desenvolver na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e família. Esta atividade decorreu no período de 24 de Outubro a 11 de Novembro de 2016 e englobou toda a equipa de enfermagem, composta por 24 enfermeiros. No referido período, dois elementos encontravam-se de férias, não estando contemplados na população em estudo. Do total de 22 enfermeiros, participaram 14 elementos, constituindo cerca de 63% da população total. As reflexões documentadas constituem as narrativas dos enfermeiros, que foram sujeitas a análise (Apêndice XII) segundo as fases do modelo de parceria (Gomes, 2013, 2016). Os enfermeiros demonstraram, através das suas reflexões individuais, ter preocupação em conhecer o contexto de sociofamiliar e de doença da pessoa idosa (Revelar-se), e em fornecer informação e envolver o familiar de referência nos cuidados prestados à pessoa idosa submetida a TAVI (Envolver-se), assim como em transmitir conhecimentos e informações para que a pessoa idosa e família possa cuidar de si (Possibilitar/Capacitar). No entanto, a escuta e a disponibilidade para ouvir e ajudar surge como uma intervenção a desenvolver, assim como a necessidade de uma avaliação das necessidades e de uma intervenção mais individualizada e direcionada para a pessoa idosa submetida a TAVI e família, indo de encontro ao objetivo do nosso projeto de intervenção. Na análise realizada compreende-se que a equipa de enfermagem já realiza os cuidados tendo em

conta indicadores do processo de parceria, mas existem ainda alguns que carecem de melhoria.

Em complemento à análise das narrativas dos enfermeiros sobre a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família, considerámos importante compreender o que os enfermeiros registavam sobre os cuidados de enfermagem prestados a essas pessoas durante o internamento, com vista a perceber de que modo os seus registos davam visibilidade aos cuidados prestados para facilitar a continuidade dos cuidados no domicílio. Nesse sentido foram observados os registos de enfermagem de acordo com a presença dos indicadores do instrumento de colheita de dados previamente construído à luz do modelo de parceria (Gomes, 2013, 2016). Esta atividade decorreu no período de 24 de Outubro a 11 de Novembro de 2016, em simultâneo com a reflexão dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem, e procedemos à observação de todos os processos de enfermagem de pessoas idosas internadas para realização de TAVI nesse período, que foram cinco (Apêndice XIII). O registo da colheita de dados na admissão é efetuada em suporte informático através do programa GLINT®, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), e o registo das notas de enfermagem diárias é efetuado em suporte de papel nas folhas de unidade (na Unidade de Cuidados Intensivos), uma vez que o programa informático não está ainda adaptado para o registo em cuidados intensivos. O registo das notas de enfermagem dos doentes internados na unidade intermédia e na enfermaria é efetuado em suporte informático.

A análise dos registos de enfermagem permitiu conhecer qual a informação registada pelos enfermeiros e analisar qual a informação pertinente para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família. Nesta fase, os registos de enfermagem centravam-se apenas nos dados referentes à primeira fase do modelo de parceria (Revelar-se), uma vez que eram omissos todos os registos relacionados com as fases subsequentes. Ao observarmos os registos de enfermagem dos 5 processos clínicos das pessoas idosas internadas para realização de TAVI, a informação registada referia-se ao estado de consciência e orientação, ao modo como foram

realizadas as atividades de vida diária durante o internamento (“alimentou-se”; “dormiu por longos períodos”, “urinou na arrastadeira”, etc.), sobre o procedimento realizado, despiste e controlo de complicações (“penso compressivo”, “aplicado gelo local”, etc.) e exames realizados ou programados (“realizou ecografia cardíaca”, por exemplo). Não se verificou o registo da informação que a pessoa idosa e família possuíam sobre o procedimento, sobre os cuidados e despiste de complicações; não existia registo da informação disponibilizada à pessoa idosa e família, do esclarecimento de dúvidas, da negociação dos cuidados (Apêndice XIV). Os registos de enfermagem são o reflexo do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros no cuidado à pessoa idosa e família. Tal como pudemos verificar na análise anterior, os enfermeiros demonstravam, através dos seus registos, estarem centrados no modelo biomédico, focados nos procedimentos médicos, nos cuidados físicos e no despiste de complicações, com vista à estabilização hemodinâmica. Tal seja por influência do contexto de cuidados intensivos, em que é sobrevalorizada a técnica, os conhecimentos teórico-práticos de atuação em situação de emergência e manutenção da vida. No entanto, para um completo diagnóstico de situação e planeamento adequado das atividades a desenvolver durante o estágio, considerámos importante relacionar a informação obtida através da análise das narrativas dos enfermeiros e dos registos de enfermagem, uma vez que parecia haver alguma inconsistência entre o que os enfermeiros diziam e o que registavam acerca da pessoa idosa e família e dos cuidados prestados.

De acordo com as narrativas dos enfermeiros, a maioria centrava a sua abordagem no acolhimento da pessoa idosa e família, na disponibilidade de informação sobre o procedimento e sobre o serviço, aspetos relativos à segunda fase do modelo de parceria, *Envolver-se*. O conhecimento do apoio familiar e da capacidade de autonomia/independência na realização das atividades diárias prévia ao internamento são importantes para os enfermeiros na construção de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família, sendo a informação mais referida. No entanto, cruzando com a informação presente nos registos de enfermagem dos processos clínicos da pessoa idosa internada para TAVI, estes aspetos eram pouco desenvolvidos, não permitindo

um conhecimento mais profundo da pessoa idosa e família. Os registos relativos a “Conhecer o contexto de vida da pessoa idosa submetida a TAVI”, revelaram-se parcos, sendo apenas mencionada a(s) pessoa(s) com quem a pessoa idosa vive e quem é o familiar de referência, com o respetivo contacto telefónico. A rede de apoio apenas era referida quando a pessoa possuía algum tipo de apoio por uma instituição e era omissa o tipo de apoio que o familiar de referência podia dar durante o internamento e no regresso a casa, assim como as necessidades deste enquanto cuidador. Os hábitos de vida da pessoa idosa, informação salientada pelos enfermeiros nas suas narrativas como importante para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família, eram pouco desenvolvidos nos registos de enfermagem, limitando-se, por exemplo no caso da alimentação, à presença ou ausência de peças dentárias. Relativamente ao registo de informação sobre as outras atividades de vida diária da pessoa idosa, verificámos apenas a referência quanto à dependência ou autonomia na mobilidade, a utilização de auxiliares de marcha, a autonomia na higiene e em vestir e despir, assim como a referência a sono sem alterações, sem mais pormenores. A informação quanto aos hábitos de exercício físico da pessoa idosa era omissa. Os hábitos de vida da pessoa idosa, o modo como a pessoa idosa vê as suas atividades diárias limitadas por problemas decorrentes do próprio envelhecimento ou pela doença, são informações que permitem ao enfermeiro conhecer aquela pessoa singular e propor soluções para os problemas, evitando complicações, promovendo sempre a autonomia de decisão e atuação da pessoa idosa.

Na reflexão sobre o desenvolvimento de uma intervenção em parceria, os enfermeiros valorizaram o envolvimento do familiar de referência nos cuidados, a necessidade em realizar educação para a saúde sobre os cuidados no regresso a casa e a promoção da autonomia da pessoa idosa ao longo do internamento. Estas referências encontram-se no âmbito da terceira fase do modelo de parceria, *Possibilitar/Capacitar*, no qual o enfermeiro desenvolve a sua ação no sentido de transformar as potencialidades em capacidades reais, partilhando o seu conhecimento com a pessoa idosa e família (Gomes, 2013, 2016). No entanto, apesar de identificarem aspetos importantes no cuidado à pessoa idosa submetida a TAVI e família para o desenvolvimento de uma

intervenção em parceria, os enfermeiros reconheceram que o tempo disponível para a prestação de cuidados à pessoa idosa submetida a TAVI é um fator negativo para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria. Por outro lado, salientaram a indisponibilidade do familiar e os défices cognitivos e físicos da pessoa idosa, pré-existentes ou como resultado de complicações após TAVI, que condicionavam a comunicação com a pessoa idosa e família, limitando a sua intervenção em parceria na promoção do cuidado de si. Por fim, procurámos saber o que os enfermeiros consideravam necessário para conhecer a pessoa idosa e o seu potencial de desenvolvimento, no sentido de se construir uma intervenção em parceria na promoção do cuidado de si. Os enfermeiros compreendem que é importante uma intervenção mais direcionada para a pessoa idosa. O estabelecimento de uma relação onde a disponibilidade de escuta e de ajuda para a promoção do cuidado de si é importante, assim como a utilização de instrumentos de avaliação das capacidades e das necessidades atuais da pessoa idosa, poderão ajudar a desenvolver uma intervenção mais diferenciada e direcionada à pessoa idosa e família. A mudança da intervenção à pessoa idosa submetida a TAVI e família no sentido de conhecer a pessoa idosa e o seu potencial de desenvolvimento, com vista à construção de uma intervenção em parceria na promoção do cuidado de si passa por alterar rotinas e modificar hábitos. Como podemos verificar nos registos de enfermagem, estes aspetos sobre o conhecimento da pessoa idosa são igualmente escassos. O nome e a idade eram dados sempre registados pelos enfermeiros, sendo a nacionalidade, a religião e o estado civil pouco valorizados. O nome preferido da pessoa idosa não revelava ser a prioridade de registo dos enfermeiros. O contexto de doença da pessoa idosa constitui informação importante para o enfermeiro, no sentido de compreender o significado da doença e o seu impacto na trajetória de vida pessoa, permitindo identificar o conhecimento que possui sobre a situação de doença, tratamento, complicações e regime terapêutico. Os registos sobre a situação de doença atual da pessoa idosa internada para TAVI, eram escassos e pouco esclarecedores quanto aos seus conhecimentos sobre a situação de doença, tratamento e complicações. Os dados relativos aos antecedentes pessoais, alergias, medicação e gestão do regime terapêutico eram os mais valorizados e

registados pelos enfermeiros. Perante tais registos, não conseguíamos conhecer a singularidade da pessoa idosa internada para realização de TAVI, de modo a conhecer o seu potencial de desenvolvimento, os seus valores, cultura e contexto de relações sociais que permitirão identificar os recursos internos e externos que a pessoa tinha para fazer face às situações que surjam, assim como não se verificava registo sobre a intervenção em parceria desenvolvida com a pessoa idosa submetida a TAVI e família.

As intervenções de enfermagem desenvolvidas no sentido de cuidar da pessoa idosa internada para TAVI e família, promovendo o regresso a casa, reconhecidas pelos enfermeiros do serviço, através das suas narrativas e pouco visíveis nos registos de enfermagem, são cruciais para identificar as intervenções com necessidade de desenvolvimento e potenciais mudanças, salientando as áreas já desenvolvidas que podem ou não carecer de melhoramento. O modelo de intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família serviu de guia de orientação para análise das narrativas dos enfermeiros e dos registos de enfermagem, possibilitando a identificação das fases mais valorizadas nos cuidados de enfermagem.

A análise conjunta das narrativas dos enfermeiros e dos registos de enfermagem permitiu-nos afirmar que o cuidado estava centrado no que o enfermeiro queria que a pessoa idosa e família soubessem e fizessem e não na identificação do que a pessoa idosa e família sabia fazer, queria fazer, queria e precisava saber e fazer para assumir o cuidado de si. No entanto, os enfermeiros identificaram, nas suas narrativas, necessidade de desenvolver a capacidade de escuta e a disponibilidade para ouvir e ajudar, assim como a avaliação de necessidades e uma intervenção mais individualizada e direcionada para a pessoa idosa submetida a TAVI e família. Apesar dos cuidados de enfermagem estarem centrados numa atitude de paternalismo, os enfermeiros consideraram necessário focar a sua atenção no envolvimento da pessoa idosa e família na tomada de decisão sobre os cuidados (Dyrstad, Laugaland & Storm, 2015). Este foi, então, o ponto de partida para a mudança pretendida.

A realização destas atividades possibilitou o desenvolvimento de competências a nível da investigação e da melhoria contínua da qualidade,

através da elaboração do enunciado para reflexão dos enfermeiros e da análise das suas narrativas, e através da construção da grelha de observação com a definição dos respetivos indicadores de desenvolvimento de um trabalho em parceria e da análise documental dos registos de enfermagem. Além disso, permitiu o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, com o diagnóstico das necessidades de formação da equipa de enfermagem no desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na promoção do cuidado de si no regresso a casa.

Fase de implementação do projeto

A identificação da necessidade de melhoria em áreas a desenvolver para uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família fizeram-nos compreender o rumo a seguir para **contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família para a promoção do cuidado de si na preparação do regresso a casa**. O desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem passou, inicialmente, pela apresentação do projeto a todos os elementos da equipa. A sessão de apresentação do projeto foi planeada e discutida com a professora, enfermeira orientadora e enfermeira chefe e, uma vez que nesse período estavam a decorrer as reuniões de avaliação do projeto profissional do biénio 2014-2016, não surgiu a oportunidade para realizar uma sessão com a presença de um grande número de elementos da equipa de enfermagem. Deste modo, optámos pela apresentação do projeto nas reuniões diárias de passagem de ocorrências, garantindo que todos os enfermeiros tivessem oportunidade de conhecer o projeto e os seus objetivos e pudessem participar ativamente com as suas ideias para a sua implementação. O plano da sessão foi elaborado atendendo à extensa informação a transmitir e ao escasso tempo disponível (Apêndice XV), assim como a informação foi organizada de modo a facilitar a sua apresentação e compreensão (Apêndice XVI).

Na etapa de execução das atividades para implementação do projeto põe-se em prática o que foi planeado. Todavia, existe muitas vezes rutura entre o que foi idealizado e o que é real, conduzindo à necessidade de alterar o que foi planeado. Nesse caso deverão ser encontradas estratégias para que os objetivos estabelecidos não sejam comprometidos (Ruivo et al, 2010).

Após a realização de várias sessões de apresentação do projeto de estágio, sentimos a necessidade de refletir sobre as mesmas e sobre as estratégias identificadas para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na promoção do cuidado de si no regresso a casa (Apêndice XVII). Uma vez que uma das estratégias de melhoria focava o preenchimento mais completo da colheita de dados, foi acordado entre todos os elementos da equipa de enfermagem que a folha de colheita de dados seria impressa e seriam assinalados os dados em falta na colheita de dados para se poder completar no turno seguinte, de acordo com a informação disponibilizada pela pessoa idosa e família. A folha de colheita de dados só seria arquivada no processo de enfermagem quando completa. A outra estratégia identificada foi a necessidade de construção de um guia orientador para os enfermeiros para a promoção do cuidado de si no regresso a casa (Apêndice XVIII). Este guia foi apresentado a todos os elementos da equipa de enfermagem, possibilitando o esclarecimento de dúvidas e a sugestão de alterações, ficando o documento final disponível em pasta partilhada nos computadores do serviço e impresso no dossier “Protocolos de Atuação – Enfermeiros”. Durante a sua elaboração, surgiu a necessidade de incluir a avaliação do índice de Barthel, constituindo uma referência para a recuperação da pessoa idosa após a intervenção e no processo de preparação para o regresso a casa. A pertinência da introdução do Índice de Barthel em suporte informático (Glint®) no processo clínico da pessoa idosa ficou a aguardar o parecer da Enfermeira Chefe do serviço e da Direção de Enfermagem.

A participação de todos os envolvidos na criação e implementação de estratégias de melhoria dos cuidados de enfermagem é crucial para o empenho na concretização do projeto, devendo o “orientador” ser aquele que propicia o conhecimento e a reflexão (Ruivo et al, 2010).

O planeamento e realização das sessões de formação e a elaboração do guia de orientação da prática permitiram-nos o desenvolvimento de competências ao nível da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com a divulgação da melhor evidência científica disponível nos cuidados à pessoa idosa submetida a TAVI; e das aprendizagens profissionais, através da formação e da partilha de conhecimento com a equipa de enfermagem; e da gestão de cuidados, através da implementação de estratégias para promover uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família. A capacidade de promover a reflexão e discussão na equipa de enfermagem de modo a encontrar estratégias para uma intervenção em parceria possibilitou o desenvolvimento de competências de líder para a mudança.

Fase de avaliação do projeto

A última fase do projeto constituiu-se pela avaliação das atividades implementadas durante o estágio no alcance dos objetivos inicialmente propostos. A avaliação da dinâmica de projeto é complexa e deve englobar as vertentes de análise e reflexão, comparando os objetivos definidos inicialmente e os objetivos atingidos (Ruivo et al, 2010). Uma vez que, com a realização do estágio, pretendia-se uma mudança nas práticas de enfermagem com base na identificação de um problema real, assumimos como resultados positivos a melhoria dos registos de enfermagem no processo da pessoa idosa submetida a TAVI e um maior conhecimento da pessoa e família sobre os cuidados necessários para assumirem o cuidado de si e do outro no regresso a casa, avaliado através de entrevista.

No período de 30 de janeiro a 3 de fevereiro de 2017 foram internadas duas pessoas para TAVI e foram realizadas 2 entrevistas, seguindo o mesmo guião de entrevista (Apêndice VIII), e cumprindo os mesmos critérios de inclusão dos participantes. Estas foram transcritas e analisadas (Apêndice XIX), sofrendo o mesmo tratamento dos dados obtidos pelas entrevistas iniciais. Pela análise de conteúdo realizada, pudemos concluir que houve uma melhoria na partilha de informação entre enfermeiro e pessoa idosa e família, verificando-se que a pessoa idosa e família demonstravam algum

conhecimento sobre os cuidados após o procedimento e sobre complicações que poderiam surgir, o que não se verificava na fase de diagnóstico de situação. Quanto ao conhecimento sobre o regime terapêutico e sobre a intervenção de enfermagem no regresso a casa, assim como quanto ao envolvimento da pessoa idosa e família nos cuidados parece ter havido uma evolução positiva, com referências concretas nas entrevistas. A identificação de necessidades de informação manteve-se semelhante, pelo que considerámos que a equipa de enfermagem necessitava ainda de desenvolver a sua intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa. Na condução das entrevistas, que se estabeleceram como conversas informais com a pessoa idosa sobre os seus conhecimentos e a sua vivência durante o internamento, além de obtermos informações que nos permitiram avaliar o projeto desenvolvido, contribuímos para diminuir dúvidas e receios e promover o seu envolvimento nos cuidados, dando-lhes o reconhecimento de que têm algo a dizer e que o enfermeiro os escuta (Wright e Leahey, 2011).

No período de 6 a 12 de fevereiro foi novamente realizada a observação (Apêndice XX) e análise dos registos de enfermagem, constituindo-se uma atividade da fase de avaliação do projeto. Esta análise foi realizada com base na presença dos indicadores do instrumento de colheita de dados construído à luz do modelo de parceria (Gomes, 2013, 2016), e pareceu-nos pertinente fazer uma comparação entre os resultados da fase inicial com os resultados da fase final (Apêndice XXI), o que possibilitou a compreensão da evolução destes na melhoria do conhecimento da identidade da pessoa idosa, nomeadamente religião, estado civil e profissão/ocupação; no maior registo de informação sobre o contexto de vida da pessoa idosa, com dados mais completos referentes à sua rede de apoio e necessidades do cuidador, e sobre os seus hábitos de vida, principalmente sobre hábitos alimentares e mobilidade. O registo de enfermagem sobre o contexto de doença da pessoa idosa também sofreu alterações positivas, verificando-se aumento de registos sobre o conhecimento da pessoa idosa e família sobre o procedimento que vai realizar e sobre o impacto da doença na sua vida.

Na fase de diagnóstico de situação eram omissos os registos de enfermagem relativos aos indicadores do instrumento de colheita de dados das quatro fases finais do modelo de parceria. Todavia, nesta fase de avaliação, tornou-se crucial compreender o quanto a equipa de enfermagem tinha evoluído no registo da sua intervenção em parceria desenvolvida com a pessoa idosa submetida a TAVI e família. A socialização ao serviço, a entrega do guia de acolhimento, o envolvimento do familiar de referência, assim como as necessidades da pessoa e família são dados, referentes à fase “Envolver-se”, que se encontravam nos registos. Os enfermeiros, na sua intervenção diária, passaram a registar dados sobre a partilha de conhecimentos sobre os cuidados imediatos após a TAVI, as possíveis complicações, sobre o dispositivo de encerramento vascular e sobre a articulação feita com outros profissionais de saúde, demonstrando dar relevância a estes aspetos do cuidar. Os registos relativos a indicadores de intervenção nas fases “Comprometer-se” e “Assumir o cuidado de si/assegurar o cuidado do outro” são omissos, à exceção da existência da carta de alta de enfermagem com referência ao procedimento realizado, aos ensinamentos sobre complicações e cuidados no domicílio. Nos registos de enfermagem não existia referência à avaliação da informação que a pessoa idosa e família possuíam nem da capacidade em assumir o cuidado de si no regresso a casa.

Ao longo da análise dos registos de enfermagem e das entrevistas, nesta fase final, compreendemos que ainda existe um longo caminho a percorrer no desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família. A mudança é sempre vista como algo perturbador da prática diária e exige esforço e dedicação, pelo que consideramos que a melhoria da prestação de cuidados e o desenvolvimento de uma intervenção em parceria poderá acontecer gradualmente ao longo do tempo.

As avaliações são momentos em que se questiona e reflete acerca do trabalho desenvolvido, podendo ser introduzidas atividades que não estavam planeadas, mas que se revelam pertinentes para o projeto durante o trabalho no terreno (Ruivo et al, 2010). No sentido de não deixar esquecido o trabalho desenvolvido durante o estágio e para que possa continuar em crescimento, foi

elaborado um póster para exposição no serviço, com a finalidade de identificar as fases e os aspetos a considerar em cada uma delas para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na promoção do cuidado de si no regresso casa (Apêndice XXII). Este póster, exposto na sala de trabalho, possibilita a reflexão no seio da equipa de enfermagem sobre os cuidados prestados em parceria.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências do domínio da investigação, da melhoria contínua da qualidade e das aprendizagens profissionais, através da elaboração de documentos orientadores da prática de enfermagem com base num modelo teórico e na melhor evidência científica disponível, da divulgação do conhecimento mais recente na área de intervenção e na promoção da reflexão conjunta dos elementos da equipa de enfermagem sobre a intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa.

4. AVALIAÇÃO DO PROJETO E CONTRIBUTO PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Na etapa final, podemos concluir que este trabalho permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais. Na área da pessoa idosa, desenvolvemos competências que nos permitem cuidar da pessoa idosa e família em contexto domiciliário ou hospitalar, com enfoque na continuidade dos cuidados. O cuidado centrado na pessoa, a avaliação de situações complexas, com recurso a instrumentos de avaliação, e a intervenção em parceria possibilitaram um maior conhecimento sobre a pessoa idosa e família, a identificação de necessidades e de recursos e o estabelecimento de um plano de cuidados conjunto, garantindo uma maior capacidade para assumir o controlo do cuidado de si.

Por sua vez, uma maior compreensão e capacidade de análise das políticas de saúde e da sua implicação na prática de cuidados a utilização de métodos de investigação e a análise e aplicação prática do melhor conhecimento disponível sobre a temática em estudo, permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeira mestre. A atuação enquanto líder na equipa de enfermagem para a mudança das práticas profissionais, de acordo com a melhor evidência científica disponível, possibilitou a otimização da intervenção de enfermagem e melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa e família na promoção do cuidado de si.

A introdução de mudanças a nível das práticas de cuidados é um processo complexo e sinuoso, marcado pela resistência à mudança por parte dos profissionais, principalmente devido à desmotivação generalizada dos profissionais quanto à carreira profissional e contextos de trabalho. Por outro lado, o contexto de cuidados intensivos, a valorização da técnica e a sobrecarga de trabalho não facilitam o desenvolvimento de uma abordagem centrada na pessoa. A implementação deste projeto teve algumas resistências, nomeadamente na disponibilidade de participação dos enfermeiros. A

superação de obstáculos à implementação de projetos revelou-se uma aprendizagem bastante significativa e gratificante, uma vez que os enfermeiros gradualmente compreenderam a importância da intervenção em parceria na preparação do regresso a casa e os seus benefícios nos cuidados à pessoa idosa submetida a TAVI e família. O recurso à utilização do Modelo de Parceria de Gomes (2013, 2016), permitiu-nos contextualizar a nossa prática de cuidados e fundamentar as nossas ações, com uma melhor compreensão acerca dos objetivos da nossa intervenção e o modo de operacionalizá-la. As mudanças ocorridas, através da implementação da intervenção de enfermagem em parceria, centraram-se no maior e melhor conhecimento da pessoa idosa e família, na identificação das suas necessidades e capacidades, e no desenvolvimento de ações que permitiram a promoção do cuidado de si no regresso a casa. A colheita de dados realizada foi melhorada, obtendo-se mais informação para a identificação de problemas e planeamento de intervenções. As estratégias propostas pela equipa de enfermagem para melhoria da qualidade dos cuidados foram postas em prática e continuam em desenvolvimento.

O reconhecimento da importância de uma intervenção em parceria para a preparação do regresso a casa da pessoa idosa e família garante uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e ganhos em saúde. A equipa de enfermagem, através da intervenção desenvolvida atualmente; a pessoa idosa e família, com uma postura mais participativa nos cuidados, e a chefia do serviço, pelo seu envolvimento na projeção do projeto, continuam a possibilitar a evolução do projeto. Uma conceção de cuidados que permitem a participação da pessoa idosa na tomada de decisão acerca dos seus cuidados e o envolvimento da família durante o internamento contribuem para a satisfação das suas necessidades e o aumento da sua sensação de segurança (Dyrstad, Laugaland & Storm, 2015).

5. CONCLUSÃO

As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento tornam a pessoa idosa mais vulnerável a agressões do meio, com maior dificuldade de adaptação a situações adversas. A transição dos cuidados hospitalares para o domicílio pode ser uma situação geradora de ansiedade, por deterioração da capacidade funcional da pessoa idosa, alteração de hábitos de vida ou necessidade de cuidados de saúde. O enfermeiro procura desenvolver, conjuntamente com a pessoa e família, processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, perseguindo o seu máximo potencial e bem-estar e a promoção da continuidade dos cuidados (OE, 2012). A preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a TAVI e sua família surgiu como uma oportunidade de melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, através de uma intervenção em parceria para a promoção do cuidado de si. O modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2013, 2016) apresentou-se como modelo orientador da prática, permitindo a contextualização da prática de cuidados e a identificação das áreas a desenvolver. A intervenção em parceria com a pessoa idosa e família implica uma avaliação multidimensional, o envolvimento do familiar de referência e o estabelecimento conjunto de um plano de cuidados individualizado, garantindo a identificação dos problemas da pessoa e família, das suas necessidades e capacidades e dos seus recursos para fazer face às dificuldades, articulando-os com os seus conhecimentos e potencialidades para assumir o cuidado de si no regresso a casa. A compreensão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa e o desenvolvimento de uma intervenção em parceria são desafios colocados aos enfermeiros na sua prática diária, exigindo a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências no cuidado à pessoa idosa e família.

A realização do estágio constitui uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional. O presente relatório de estágio, desenvolvido no âmbito do curso de mestrado e pós-licenciatura em enfermagem médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa, constitui um trabalho descritivo e reflexivo sobre as

atividades realizadas. Através da metodologia de projeto, o estágio possibilitou o planeamento e desenvolvimento de estratégias e atividades com o objetivo de provocar uma mudança nas práticas. A fase de diagnóstico de situação permitiu a definição do ponto de partida, da identificação das falhas e deficiências na intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa. O reconhecimento da necessidade de melhoria por parte da equipa de enfermagem não facilita, muitas vezes, a mudança de práticas, pois as rotinas e hábitos encontram-se enraizados e os processos de mudança podem ser dificultados por atitudes de resistência por parte dos profissionais. A fase de implementação de estratégias para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família não decorreu de forma regular devido à escassez de tempo e disponibilidade da equipa de enfermagem, mas na fase de avaliação do projeto, conseguimos identificar melhorias na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a TAVI e família através de uma intervenção em parceria.

Um processo de mudança de práticas não termina após a finalização do estágio, pelo que considerámos crucial a continuação do trabalho desenvolvido. A exposição do poster sobre a intervenção em enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a TAVI e família promove a reflexão na equipa de enfermagem acerca dos cuidados prestados. A proposta de integração do índice de Barthel no programa informático de registos de enfermagem encontra-se em desenvolvimento permitindo, posteriormente, uma avaliação mais completa da capacidade funcional da pessoa idosa para o planeamento de intervenções mais individualizadas e adequadas a cada situação, assim como uma avaliação intermédia durante o internamento e final, no momento de regresso a casa.

A nível pessoal, assume-se o compromisso de continuar a dinamizar as práticas de cuidados, através do desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família, da divulgação da melhor evidência científica disponível para uma prática de cuidados de qualidade, e da criação de oportunidades de reflexão na equipa de enfermagem. Além disso, e em colaboração com a UI&DE, a participação num estudo de investigação sobre as

expectativas das pessoas idosas submetidas a TAVI irá permitir um maior conhecimento do projeto de vida e saúde da pessoa idosa, importante para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria. A futura publicação de um artigo em revista nacional e/ou a participação em comunicações no contexto de congressos ou encontros de enfermagem possibilitará a divulgação do trabalho desenvolvido e contribuirá para uma maior reflexão das práticas de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A., Grassia, R. & Nascimento, T. (2015). Pós-operatório de implante de bioprótese aórtica por cateter: intervenções de enfermagem. *Revista SOBBEC*, 20 (3), Jul/Set, São Paulo, 134-162. DOI: 10.5327/Z1414-442520150003000003
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Breigeiron, M. et al (2015). Estenose Aórtica: Tecnologias de Intervenção Multidisciplinar. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul*, n.º 28.
- Borja, M. e Olvera-Arreola, S. (2015). Cuidado de enfermería a la persona con estenosis aórtica severa posterior al implante valvular aórtico transcáteter. *Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo*. Vol. 17 (1), 45-64.
- Botelho, M. (2007). Idade Avançada: características biológicas e multimorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 23, 191-195.
- Cabete, D. (2002). O Idoso, a Doença e o Hospital. - *O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., Loures.
- Cardoso, A. F., Felizardo, H.M. e Januário, J. C. (2012). *O enfermeiro como gestor do processo de preparação do regresso a casa*. In: Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje - 100 anos. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Candeias Artes Gráficas, Braga, pp. 75-88.

- Coffey, A., & McCarthy, G. M. (2012). Older people ' s perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-3743.2012.00316.x/epdf>
- Cook, N. (2013). *Going Home after Transcatheter Aortic Valve Implantation; meeting the education and self-care needs of the frail elderly patient undergoing a minimally invasive cardiac intervention*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Desenvolvimento Social e Humano, Universidade de Victoria, Canada.
- DGS (2013). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016: Versão Resumo. Ministério da Saúde, Lisboa.
- DGS (2017). Principais Indicadores de Saúde para Portugal, 2010-2015. Atualizado em Março de 2017. Direção Geral de Saúde, Lisboa. Acedido a 24/04/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/publicacoes/estatisticas-da-saude.aspx>
- DGS (2017). A Saúde dos Portugueses – 2016. Acedido a 24/04/2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- Dyrstad, D. N., Laugaland, K. A., Storm, M. (2015). An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Critical Nursing*, Vol. 24, p. 1693-1706. **DOI:** 10.1111/jocn.12773
- Egerod, I., Nielsen, S., Lisby, K., Darmer, M. & Pedersen, P. (2015). Immediate Post-operative Responses to Transcatheter Aortic Valve Implantation: An observational study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 14(3), 232–239. **DOI:** 10.1177/1474515114525521

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (2014). Regulamento de Mestrado. Lisboa: ESEL.

ESEL (2015). Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2015/2016. 7ºCurso de Pós Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL.

Forman, J., Currie, L. Lauck, S. & Baumbuch, J. (2015). Exploring changes in functional status while waiting for transcatheter aortic valve implantation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 14(6), 560-569.

Fortin, M.; Côté, J.; Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta

Fulmer, T. (2007). Fulmer Spices. A framework of six 'marker conditions' can help focus assessment of hospitalized older patients. *Journal of American Nursing*, Vol. 107 (10), 40-48.

Gibbins, A., Gannaway, A., Parker, J., Hyde, K., Brown, J. & Young, S. (2009). Transcatheter aortic valve implantation: developing nursing practice. *British Journal of Cardiac Nursing*; Dec2009, Vol. 4 Issue 12, 576-581.

Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática (pp 77-113). Loures: Lusociência. IASP

Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

- Green, P. et al (2012). The Impact of Frailty Status on Survival After Transcatheter Aortic valve Replacement in Older Adults With Severe Aortic Stenosis. *JACC: Cardiovascular Interventions*, Vol. 5, n.º9, 974-981.
- Green, P. et al (2012). Gait Speed and Dependence in Activities of Daily Living in Older Adults With Severe Aortic Stenosis. *Clinic Cardiology*, 35(5), 307-314. **DOI:**10.1002/clc.21974
- Grimmer, K. et al. (2006). Incorporating patient concerns into discharge plans: evaluation of a patient-generated checklist. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. Vol. 4, nº 2, 1-23.
- Horrocks, J., Closs, J. & Astin, F. (2014) Quality of life in older adults with aortic stenosis: a narrative review. *International Journal of Older People Nursing*, 9, 227– 246. **DOI:** 10.1111/opn.12026
- Katz, M., Tarasoutchi, F. & Grinberg, M. (2010). Estenose Aórtica Grave em Pacientes Assintomáticos: o Dilema do Tratamento Clínico versus Cirúrgico. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*. Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP - Brasil. Acedido a 28/04/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n4/19.pdf>
- Kleinpell, R. (2004). Randomized trial of an intensive care unit-based early discharge planning intervention for critically ill elderly patients. *American Journal of Critical Care*, Volume 13, No. 4 , 335-345
- Lauck ,S., Mackay ,M., Galte , C .e Wilson, M. (2008). A new option for the treatment of aortic stenosis: percutaneous aortic valve replacement. *Critical Care Nurse*, 28(3), 40-51.

Lei nº101/2006 de 6 de Junho. Diário da República, 1.^a série A, n.º 109, 3856-3865.

Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, art.º 10º. *Missão para os cuidados de saúde primários*. Ministério de saúde. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Projecto_despacho_URAP.pdf

Lei n.º 137/2013 de 7 de Outubro. Republicação do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Diário da República, 1.^a série, N.º 193, 6050-6061. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6BCFA75A-508B-4CFF-B3BB-726FF2CFC244/3>

Leon, M. et al (2010). Transcatheter Aortic-Valve Implantation for Aortic Stenosis in Patients Who cannot Undergo Surgery. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 363, n.º 17, 1597-1607

Martinsen, B., Harder, I. & Norlyk, A.(2015). Being back home after intermediate care: the experience of older people. *British Journal of Community Nursing*, Vol. 20, n.º 9, 422-428.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. USA: Springer Publishing Company.

Ministério da Saúde (2013). *Planeamento do ACES de Lisboa Norte*. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Núcleo de Estudos e Planeamento, Departamento de Instalações e Equipamentos, Departamento de Gestão e Administração Geral. Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1879/01 - Lisboa Norte 07 2013 vNET.pdf

Moraes, E., Marino, M., Santos, R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Revista Medicina de Minas Gerais*, Vol. 20 (1), 54-66.

Moraes, E. (2012). *Atenção à Saúde do Idoso*. Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana da saúde. Ministério da saúde, Brasília/DF.

Naylor, M. D. & McCauley, K. M.(1999). The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(1), pp. 44-54

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2012). Transcatheter aortic valve implantation for aortic stenosis. Interventional procedure guidance. Acedido a 21/06/2016. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg421>

NICE (2012). Catheter insertion of a new aortic valve to treat aortic stenosis. Understanding NICE guidance. Acedido a 21/06/2016. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg421/resources/catheter-insertion-of-a-new-aortic-valve-to-treat-aortic-stenosis-363082141>

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Organização Pan-América da Saúde, Brasília/DF.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2.ª Série, N.º 35 de 18 de Abril de 2011, pp. 8648 – 8653.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros, Divulgar, Lisboa.

- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, *Divulgar*, Lisboa.
- Panos, A. & George, E. (2014). Transcatheter Aortic Valve Implantation Options For Treating Severe Aortic Stenosis in the Elderly The Nurse's Role in Postoperative Monitoring and Treatment. *Dimension of Critical Care Nursing*, 33(2), 49-56. **DOI:** 10.1097/DCC.0000000000000023
- Pereira, I. (2013). *Regresso a Casa. Estrutura da ação de enfermagem*. Universidade Católica Editora, Lisboa
- Petronilho, F. (2016). Preparação do regresso a casa. IN: Martins, T.; Peixoto, M., Araújo, F. & Machado, P. (Orgs.). *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp 73-93). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Lusodidacta, Lda. ISBN 978-989-20-7135-0.
- Reed, J. & McComark, B. (2012). Independence and autonomy – the foundation of care. In: Reed, J.; Clarke, C. & Macfarlane, A. (Eds.). *Nursing Older Adults* (pp. 9-22). Londres: MacGraw-Hill, Open University Pres.
- Rodés-Cabau, J. & Mok, M. (2012) Working toward a Frailty Index in Transcatheter Aortic Valve Replacement. *JACC: Cardiovascular Interventions*, Vol. 5, n.º 9,982-983.
- Rosa, V. et al (2013). O *Heart Team* é fundamental para o Tratamento Transcateter da Estenose Aórtica? *Sociedade Brasileira de Cardiologia*. **DOI:** 10.5935/abc.20140060
- Ruivo, M. et al (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, n.º 15, Janeiro-Março, 1-38. Acedido a 30/06/2016. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

- Ruparelia, N. & Prendergast, B. D. (2016). Technical Aspects of Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI). *E-journal of Cardiology Practice*. Vol. 14, N° 5, 08 Mar 2016. Acedido a 28/04/2016. Disponível em <http://www.escardio.org/Guidelines-&-Education/Journals-and-publications/ESC-journals-family/E-journal-of-Cardiology-Practice/Volume-14/technical-aspects-of-transcatheter-aortic-valve-implantation-tavi>.
- Sociedade Europeia de Cardiologia (2012). About Cardiology Disease in Europe. 2012 Statistics. Acedido a 28/04/2016. Disponível em: <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Fact-sheets/About-Cardiovascular-Disease-in-Europe>.
- Schneider, R. & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, Vol. 25(4), 585-593.
- Schoenenberger, A. et al (2012). Predictors of functional decline in elderly patients undergoing transcatheter aortic valve implantation (TAVI). *European Heart Journal*. doi: 10.1093/eurheartj/ehs304
- Schoenenberger, A. et al (2014). Comprehensive geriatric assessment in patients undergoing transcatheter aortic valve implantation- rationale and design of the European CGA-TAVI registry. *European Geriatric Medicine* (5), 8-13.
- Silva, I. et al (2009). Cuidado, Autocuidado e Cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43 (3), 697-703.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2011). Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família (5ª ed.). São Paulo: Editora Roca.

APÊNDICES

APÊNDICE I
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

O processo normal de envelhecimento determina, com intensidade variável, um déficit físico, mental e funcional. Esse déficit condiciona o grau de dependência do idoso, afetando-o em diversas áreas da sua vida (GERMI, n.d.).

A avaliação multidimensional do idoso é um processo global e amplo que envolve o idoso e a família e que tem por objetivo o diagnóstico funcional, ou seja, descobrir problemas que, por serem atribuídos ao processo de envelhecimento, não são abordados de forma adequada, e o estabelecimento de um plano de cuidados com respostas mais completas e adequadas a cada situação. Na avaliação multidimensional do idoso avaliamos a sua funcionalidade, ou seja todas as funções do corpo, atividades e participação social, e a sua incapacidade, isto é, as deficiências, limitações na realização das atividades ou restrições sociais (Moraes, 2008).

Numa abordagem geriátrica pretende-se uma avaliação global da funcionalidade e capacidade do idoso, através da utilização de escalas precisas e fiáveis. As escalas de avaliação utilizadas para a avaliação multidimensional do idoso durante o desenvolvimento do estágio estão descritas em seguida.

Escala de Braden

Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

A avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão no domicílio é fundamental para o planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento. De acordo com o score obtido na avaliação da escala de Braden, a pessoa é categorizada de acordo com o nível de risco:

- a) Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≤ 16 ;
- b) Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≥ 17 .

Quanto mais baixo o valor obtido na avaliação, maior o risco de desenvolver úlceras de pressão.

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivar) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde ao comando verbal. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente Limitado: Faz freqüentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e freqüentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

Fonte: DGS (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011.Direção Geral da Saúde.

Mini-Mental State Examination de Folstein

Este questionário, aplicado diretamente à pessoa idosa, permite fazer uma avaliação sumária das suas funções cognitivas, avaliando a orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva.

É atribuído um ponto à resposta correta a cada questão, perfazendo a pontuação final o máximo de 30 pontos. A interpretação da pontuação final depende do nível educacional do idoso:

	Pontos
Analfabetos	≤ 15
1 a 11 anos de escolaridade	≤ 22
Escolaridade superior a 11 anos	≤ 27

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____
Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____
Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____
Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____ Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queia que as repetes, mas só depois de eu as dizer todas; procure ligar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 24 21 18 15

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RAIJO RODA A RODA" _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHOU OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____



TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (versão curta)

Esta escala é utilizada para o rastreio da depressão, através de questionário direto ao idoso. Avalia aspetos cognitivos e comportamentais afetados na depressão do idoso.

É constituída por 15 questões com resposta dicotómica (Sim ou Não), sendo as respostas sugestivas de existência de depressão correspondentes a 1 ponto. A interpretação do resultado final da avaliação é realizada de acordo com a seguinte pontuação:

	Pontos
Sem depressão	0 – 5
Depressão ligeira	6 – 10
Depressão grave	11 – 15

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

Fonte: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf. Acedido a 26-09-2016

Mini-nutritional Assessment

A avaliação do estado nutricional da pessoa idosa é realizado através da aplicação do questionário direto ao idoso ou familiares/cuidadores, e que permite detetar a presença ou o risco de malnutrição, sem recurso a parâmetros analíticos

A primeira parte (Triagem) é constituída por 6 questões e, caso a pontuação da triagem seja sugestiva da presença ou risco de malnutrição (≤ 11 pontos), é realizada a segunda parte do questionário (Avaliação Global), onde é aprofundada a avaliação através de 12 questões adicionais.

A pontuação final permite identificar 3 categorias: estado nutricional normal, sob risco de malnutrição, malnutrição.

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B. Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C. Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = desloca-se mas não é capaz de sair da casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D. Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E. Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F. Índice de Massa Corporal = peso em kg / (altura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Pontuação de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-I	<input type="checkbox"/>
Avaliação global	
G. O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I. Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
J. Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K. O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0,0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0,5 = duas respostas «sim» 1,0 = três respostas «sim»	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L. O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M. Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0,0 = menos de três copos 0,5 = três a cinco copos 1,0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/>
N. Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O. O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0,0 = pior 0,5 = não sabe 1,0 = igual 2,0 = melhor	<input type="checkbox"/>
Q. O perímetro braquial (PB) em cm 0,0 = PB < 21 0,5 = 21 ≤ PB < 22 1,0 = PB ≥ 22	<input type="checkbox"/>
R. O perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 18 pontos) Pontuação de Triagem Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação do Estado Nutricional de 24 a 30 pontos de 17 a 23,5 pontos menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/> estado nutricional normal <input type="checkbox"/> sob risco de desnutrição <input type="checkbox"/> desnutrido

Referências
 1. Velho B, Vilas H, Abellán G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:454-465.
 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Selva A, Guigoz Y, Velho B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A:1036-1077.
 3. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-480.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009, N87200 12/99 10M
 Para mais informações: www.mna-elderly.com

Classificação Funcional da Marcha de Holden

A Escala Funcional da Marcha determina o grau de autonomia da pessoa idosa na marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas), tendo sido estabelecidas 6 categorias para classificar o idoso na sua capacidade para a marcha.

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho

Fonte: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf. Acedido a 26-09-2016

Índice de Barthel

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferir-se da cadeira para a cama, e subir e descer escadas.

Esta escala de avaliação geriátrica foi traduzida e validada para a população portuguesa em 2007 (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007). A pontuação do score total varia entre 0 e 20, como descrito em seguida:

0-8: Total Dependência

9-12: Dependência Grave

13-19: Dependência Moderada

20: Independência Total

ÍNDICE DE BARTHEL	DATA DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO
QUANTO A SUA HIGIENE PESSOAL: (1) Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho; (0) Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.		
QUANTO A TOMAR BANHO: (1) Consegue tomar banho sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro; (0) Não consegue tomar banho sozinho.		
QUANTO A VESTIR-SE: (2) Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores); (1) Precisa de ajuda para algumas coisas (como apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar botões); (0) Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.		
QUANTO A ALIMENTAR-SE: (2) Desde que lhe coloquem a comida já preparada/confeccionada, consegue comer sozinho; (1) Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc; (0) Não consegue alimentar-se sozinho.		
QUANTO A LEVANTAR-SE DA CAMA OU DE UMA CADEIRA SOZINHO: (3) Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade; (2) Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física); (1) Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira; (0) Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.		
QUANTO A SUBIR E DESER ESCADAS: (2) Consegue subir e descer escadas; (1) Precisa de ajuda para subir e descer escadas; (0) Não consegue subir ou descer escadas.		
QUANTO A ANDAR/MARCHEAR OU DESLOCAR-SE: (3) Consegue andar (com ou sem bengala, andaluz, canadiana,...); (2) Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa; (1) Consegue andar sozinho em cadeira de rodas; (0) Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.		
QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO INTESTINAL: (2) Controla bem esta função; (1) Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes; (0) Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.		
QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO URINÁRIA: (2) Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos; (1) Perde urina acidentalmente; (0) Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos.		
QUANTO A IR À CASA DE BANHO: (2) Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda); (1) Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho; (0) Não consegue ir à casa de banho sozinho.		
PONTUAÇÃO FINAL		
GRAU DE DEPENDÊNCIA		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO		

Fonte: Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Lisboa: revista Portuguesa de Saúde Pública.

Escala de Morse

A escala de Morse permite a avaliação do risco de quedas através de diversos parâmetros: história de quedas nos últimos três meses, existência de diagnóstico secundário, necessidade de ajuda na mobilização, uso de terapêutica endovenosa, características da marcha e estado mental. Esta escala tem uma pontuação mínima de 0 pontos e máxima de 125 pontos. Da soma dos vários parâmetros, define-se o nível de risco de queda da pessoa:

0 a 24 – Baixo Risco

25 a 50 – Médio Risco

≥ 51 – Elevado Risco

Parâmetros		Capítulos	Data Avaliação					
1. História de Quedas (últimos 3 meses)	Não	0						
	Sim	25						
2. Diagnóstico Secundário	Não	0						
	Sim	15						
3. Ajuda na mobilização	Nenhuma	0						
	Acamado Repouso no leito							
	Bengala	15						
	Andarilho Canadiana							
4. Terapêutica Endovenosa	Não	0						
	Sim	20						
5. Marcha	Normal	0						
	Acamado Cadeira de Rodas							
	Lenta	10						
	Alterada Cambaleante	20						
6. Estado Mental	Orientado	0						
	Desorientado	15						
	Confuso							
	Pontuação							
	Assinatura							

Escala de Zarit (Sobrecarga do Cuidador)

A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit foi traduzida e validada para a população portuguesa em 2007, e permite fazer a avaliação da sobrecarga objetiva e subjetiva de cuidadores informais de pessoas idosas dependentes. Esta avaliação inclui itens sobre a saúde, a vida pessoal e social, a situação financeira, a situação emocional e o tipo de relacionamento, e cada item tem uma pontuação qualitativa, à qual corresponde uma pontuação quantitativa:

Nunca = (1); Quase Nunca = (2); Às vezes = (3); Muitas vezes = (4); Quase Sempre = (5)

A pontuação total varia entre 22 e 110, classificando a sobrecarga do cuidador em três diferentes categorias:

Sem sobrecarga <46

Sobrecarga Ligeira 46-56

Sobrecarga Intensa > 56

	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Referências Bibliográficas

- Araújo, F.; Ribeiro, J.; Oliveira, A.; Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25 (2). 59-65.
- DGS (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011. Direção Geral da Saúde.
- GERMI (n.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 26-09-2016. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Fulmer, T. (2007). Fulmer Spices. A framework of six 'marker conditions' can help focus assessment of hospitalized older patients. *Journal of American Nursing*, Vol. 107 (10), 40-48.
- Moraes, E., Marino, M., Santos, R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Revista Medicina de Minas Gerais*, Vol. 20 (1), 54-66.
- Moraes, E. (2012). *Atenção à Saúde do Idoso*. Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana da saúde. Ministério da saúde, Brasília/DF.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; Outubro.

APÊNDICE II
ESTUDO DE CASO I

Estudo de caso I

Estudo de caso em contexto de cuidados de saúde primários

O estudo de caso foi realizado à luz do modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2013, 2016), cumprindo-se as cinco fases para a construção de uma ação conjunta entre enfermeiro e pessoa/família, visando a promoção do cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro.

REVELAR-SE

Nesta primeira fase, o enfermeiro conhece e dá-se a conhecer à pessoa, demonstrando afetividade, disponibilidade e respeito pela pessoa enquanto ser de projetos e cuidados. O enfermeiro demonstra capacidade para compreender e avaliar a situação da pessoa, procurando conhecer o seu potencial de desenvolvimento no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2013, 2016).

Identidade da pessoa idosa

A Sra. D., nome pelo qual gosta de ser tratada, tem 91 anos de idade, nacionalidade Portuguesa e é natural distrito de (X) onde ainda reside atualmente. Não frequentou a escola, pelo que não sabe ler nem escrever, apesar de a filha ter tentado ensiná-la a assinar o seu nome sem sucesso. A sra. D. é a segunda mais velha de 4 irmãos (2 raparigas e 1 rapaz), sendo apenas vivo o seu irmão com 90 anos de idade. É casada há 65 anos de idade e tem uma filha, de 64 anos de idade, que é casada (o marido tem 73 anos), e tem dois filhos. A neta da Sra. D. é casada, tem 43 anos e tem um filho de 23 anos de idade. O seu neto tem 40 anos de idade e é solteiro.

A Sra. D. trabalhou algum tempo como empregada de limpeza, mas após o casamento ficou em casa a tomar conta da casa e da filha, realizando apenas alguns trabalhos de costura para a família. Após o nascimento do seu

bisneto, tomou conta dele até este fazer os 5 anos de idade. Refere ser Católica praticante, pois enquanto podia andar assistia presencialmente à missa. Atualmente reza o terço todos os dias.

Contexto de vida da pessoa idosa

A Srª D. vive com o marido, de 89 anos, em habitação própria, no 1.º andar de uma moradia, cujo acesso é através de umas escadas íngremes e estreitas. A filha vive com o seu marido em habitação própria, junto à dos seus pais. A casa apresenta boas condições de salubridade e de higiene, encontrando-se limpa e arrumada. A Sra. D. colocou várias molduras com fotografias da sua família, expostas nas paredes do corredor e sala de estar, mostrando orgulhosamente os seus familiares queridos a todas as pessoas que entram em sua casa.

A filha da Sra. D. é identificada como o familiar de referência. Como doméstica sempre foi o apoio diário dos pais.

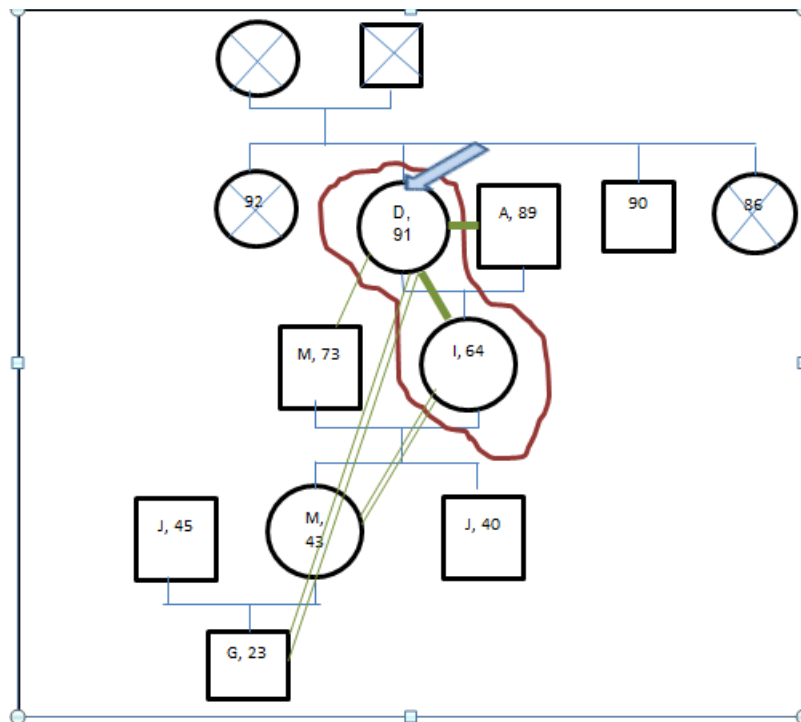
A Sra. D. refere não ter nenhuma atividade de lazer/ocupação atualmente, dizendo apenas de gosta de rezar o terço, pois transmite-lhe calma e dá-lhe força.

Como rede de apoio, a Srª D. é seguida no centro de saúde da sua área de residência, pela equipa de cuidados continuados. Sabe o nome da enfermeira e da médica de família. Tem igualmente apoio dos cuidados domiciliários da Santa Casa da Misericórdia para a realização da higiene duas vezes por dia. A alimentação e a higiene e limpeza da casa são asseguradas pela filha.

A Sra. D. refere não haver nenhuma vizinha mais próxima a quem possa recorrer se necessário, situação confirmada pela sua filha. A neta e o bisneto são as outras pessoas identificadas com maior proximidade afetiva.

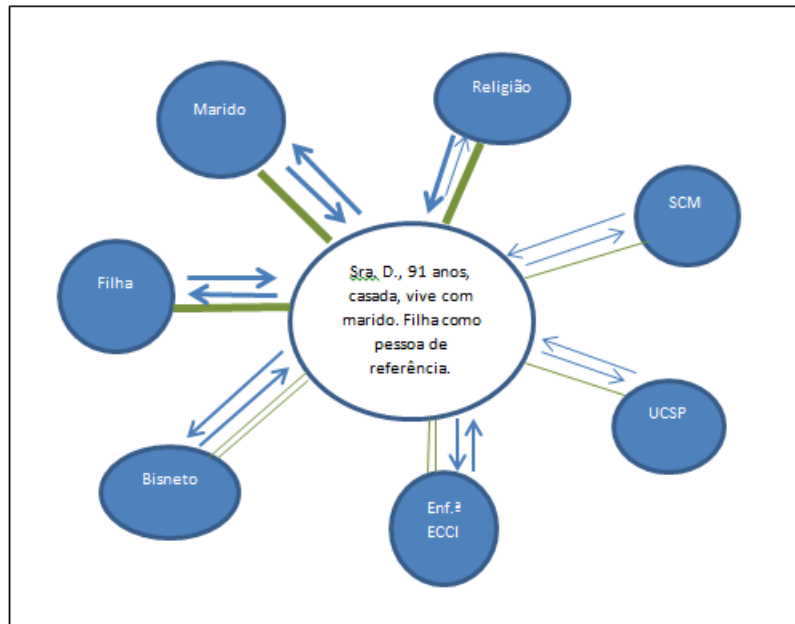
A situação económica da Srª D. não parece ser indicadora de problemas, referindo que a reforma do marido é suficiente para as despesas.

Genograma da família



Legenda:			Morte		Relação distante
	Pessoa índice		Casamento		Relação próxima
	Sexo masculino	ABC, 123	Nome, idade		Relação muito próxima
	Sexo feminino		Família pesquisada		

Ecomapa da família



Legenda:

	Relação distante		Fluxo de energia e recursos
	Relação próxima		Relação muito próxima

Contexto de doença da pessoa idosa

Admitida na ECCI desde Setembro de 2016 por dependência total na realização das AVD's e úlcera de pressão exsudativa na região sagrada.

Antecedentes familiares: a mãe sofria de uma doença que não sabe especificar; o pai morreu de cancro do estômago.

Antecedentes pessoais:

- Neoplasia oculta com metastização óssea da coluna lombar/ Linfoma não Hodgkin não confirmado;
- HTA;
- Insuficiência respiratória parcial crónica;
- Insuficiência cardíaca congestiva

A Sra. D. iniciou quadro de diminuição de mobilidade, com dificuldade em andar em Janeiro de 2016, com intensas dores nas costas. Em março de 2016 sofreu queda no domicílio por diminuição de força nos membros inferiores e desde então ficou acamada. Recusou biópsia ganglionar para diagnóstico diferencial. Por retenção urinária tem indicação para algaliação crónica. Teve vários internamentos hospitalares por cansaço, dificuldade respiratória e edemas dos membros inferiores, sendo o último em Agosto de 2016 por quadro de vómitos e diarreia.

Refere cirurgia para colocação de prótese da anca à esquerda há 14 anos. Nega hábitos aditivos e alergias.

Medicação em ambulatório:

Medicação	Dose	Via de administração	Horário
Furosemida	40 mg	Oral	Jejum
Pantoprazol	40 mg	Oral	Jejum
Hidroxizina	25 mg	Oral	Ao deitar
Lisinopril	5 mg	Oral	Peq. Almoço
Brometo de Ipratrópio	20 mcg	Inalação	SOS – 6 puffs (6/6h se dificuldade respiratória)
Beclometasona	250 mcg	Inalação	SOS – 2 puffs (12/12h se dificuldade respiratória)
Flucloxacilina	500 mg	Oral	8/8h (7h – 15h – 23h)

A gestão do regime terapêutico é feito pela filha da Sra. D., no entanto após episódio recente de vómitos alimentares recusa administração de terapêutica. Atualmente a Sra. D. apresenta parésia dos membros inferiores, com diminuição da sensibilidade, e incontinência fecal, apresentando úlcera de pressão cavitária exsudativa de conteúdo purulento na região sagrada, a realizar antibioterapia oral, única terapêutica que cumpre.

A Sra. D. compreende que não voltará a andar, mas é uma pessoa otimista, acreditando que irá melhorar da ferida que apresenta, questionando quanto ao seu aspeto e conteúdo de drenagem. Esta situação é alvo de grande preocupação para a própria, o marido e a filha.

Hábitos de Vida da pessoa idosa / problemas decorrentes do envelhecimento

A Sra. D. é uma pessoa orientada no tempo, espaço e pessoa, apresenta comportamento e atitude adequados, com uma linguagem apropriada e um discurso fluente e perceptível. No entanto, para avaliar as suas capacidades de memória imediata e recente, de atenção e cálculo e de linguagem, considerei pertinente uma avaliação da sua capacidade cognitiva no contexto da avaliação multidimensional do idoso. A escala utilizada foi o **Mini Mental State Examination de Folstein**, resultando num score de 19 pontos que, para a população analfabeta indica ausência de défice cognitivo.

A Sra. D. demonstra boa disposição ao longo da conversa, estando preocupada com o facto de a ferida não estar a sarar rapidamente e da presença de exsudado. Sendo uma senhora que se encontra acamada há cerca de 6 meses, o que lhe alterou as rotinas diárias, uma vez que fazia a lida da casa e cozinhava, com o apoio da filha, e ia semanalmente à missa, considerei importante avaliar o impacto psicológico e afetivo da dependência e do isolamento social a que se viu obrigada, tendo sido aplicada a **Escala de Depressão Geriátrica**, versão curta, obtendo-se um score de 7, indicador de depressão ligeira.

À observação, a Sra. D. apresenta cabelo grisalho liso, pele e mucosas coradas e hidratadas, com integridade cutânea comprometida a nível da região sagrada por úlcera de pressão cavitária exsudativa, com cerca de 1 cm de diâmetro e cerca de 4 cm de profundidade. Sem alterações da acuidade auditiva, olfacto ou tacto, refere ter cataratas, o que limita a sua acuidade visual bilateral. A nível respiratório apresenta cansaço fácil a mínimos esforços, necessitando de fazer curtas pausas durante a conversação.

De acordo com a **Classificação Funcional da Marcha de Holden**, a Sra. D. apresenta marcha ineficaz, não conseguindo colocar-se de pé e andar, mesmo com apoio bilateral.

Na avaliação do risco de quedas, através da **escala de Morse**, obteve-se um score de 35 pontos, indicador de um nível de risco baixo, sendo

recomendado a implementação de precauções padronizadas contra quedas. A cama da Sra. D. tem grades para prevenir quedas acidentais.

Uma vez que a Sra. D. se encontra acamada foi avaliada a sua autonomia na realização das atividades de vida diária. De acordo com o **índice de Barthel**, score 2, a Sra. D. apresenta dependência total para realizar as atividades básicas, necessitando de ajuda de outra pessoa para a sua realização, à exceção da capacidade de se alimentar sozinha quando lhe colocam a comida já preparada/confecionada.

A Sra. D. não tem dificuldades de deglutição, mas apresenta alguma dificuldade na mastigação, tem falta de várias peças dentárias ao nível da arcada superior do maxilar, usando prótese dentária superior. Relativamente à alimentação, não refere alergias conhecidas. Habitualmente faz 4 refeições diárias (pequeno-almoço, almoço, jantar e ceia), sendo a sardinha o seu alimento preferido. De acordo com a Sra. D., prefere peixe a carne e não gosta muito de sopa. À ceia ingere sempre um iogurte. Refere períodos de perda de apetite e maior dificuldade na mastigação, pelo que prefere a comida em puré. A ingestão hídrica é reduzida por não sentir sede. Devido a estes períodos de diminuição de ingesta e anorexia, foi mobilizado o **Mini Nutricional Assessment** para detetar a presença ou o risco de malnutrição, cujo score, de 11 pontos, revela desnutrição.

A nível da eliminação, tem globo vesical crónico pelo que se encontra algaliada. O manuseamento do saco de drenagem é realizado pela filha. A substituição da algália é garantida pela ECCL, assim como a troca dos sacos de drenagem. Apresenta incontinência fecal, utilizando fralda, que a filha troca quando necessário.

A nível da higiene pessoal a aparência é cuidada. As ajudantes familiares da Santa Casa da Misericórdia realizam a higiene da Sra. D., nas duas visitas diárias, e a sua filha trata da roupa e da sua higiene no restante período do dia e noite.

Refere que dorme habitualmente cerca de 4 a 5 horas durante a noite e que, por vezes, dormita após o almoço. Não toma medicamentos indutores do sono.

A Sra. D. refere não sentir dor atualmente.

Tendo em conta o grau de dependência da Sra. D., torna-se pertinente avaliar o risco de úlceras de pressão, sendo o score da **escala de Braden** de 15 pontos, ou seja, elevado risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, principalmente devido à cotação dos itens de atividade, mobilidade e fricção e forças de deslizamento.

Perante esta avaliação, compreende-se a necessidade de um cuidador permanente, que no seu caso é a sua filha. Neste contexto, avaliei a sobrecarga do cuidador através da **Escala de Zarit**, e atingiu-se um score de 51 pontos, o que indica uma sobrecarga ligeira da filha da Sra. D. como cuidadora.

A informação obtida através da avaliação multidimensional possibilita um melhor conhecimento da pessoa idosa, o que permitirá a compreensão da sua situação, a definição de objetivos comuns, o planeamento de intervenções e a realização de um trabalho conjunto em parceria para um melhor cuidado de si e cuidado do outro.

ENVOLVER-SE

A segunda fase do modelo de parceria caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade e confiança, onde o enfermeiro mostra disponibilidade, capacidade de partilha e procura a singularidade da pessoa. O enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa, avaliar a sua situação e perceber a capacidade de desenvolvimento de autonomia, através dos seus conhecimentos, capacidades e recursos, propondo soluções adequadas e centradas na pessoa (Gomes, 2013, 2016).

Conhecer A Singularidade Da Pessoa Idosa

As várias visitas domiciliárias realizadas a casa da Sr. D. permitiram o contacto com a pessoa e sua família, nomeadamente marido e filha. O fardamento que apresentei foi sempre discreto de modo a não constituir barreira, solicitei licença para entrar em sua casa e no quarto, e coloquei-me numa posição facilitadora de contacto visual. Uma vez que a Sra. D. se encontrava acamada, pedi licença para me sentar junto dela.

Ao longo das várias visitas, fui conversando com a Sra. D., marido e filha, explicando o objetivo das entrevistas e da utilização de escalas para a avaliação multidimensional da Sra. D. e a avaliação da sobrecarga do cuidador (filha), tendo sido apresentadas as pontuações/resultados das diferentes avaliações. Foram destacados os aspectos com pontuações consideradas alteradas relativamente ao padrão, o que motivou a conversa e a reflexão sobre o que poderia ser feito para melhorar.

Na avaliação da escala de depressão geriátrica, a Sra. D. obteve um score de 7, indicador de depressão ligeira, devido à impossibilidade de fazer em casa o que fazia em outros tempos, sentindo-se inútil. A Sra. D. identifica o facto de não poder andar e não ter força nas pernas como o seu maior problema, pois não pode ajudar a sua filha na lida da casa e na confeção das refeições, verbalizando “*Ela trabalha muito e eu não posso ajudar!*”

A classificação funcional da marcha de Holden classifica a sua dificuldade na marcha com score 0, marcha ineficaz, situação que a limita na realização das atividades de vida diária, básicas e funcionais.

Na avaliação do Índice de Barthel obteve um score de 2 pontos, indicador de uma dependência total a nível das atividades de vida diárias. A Sra. D. refere que a atividade em que se sente mais limitada é a da higiene pessoal, uma vez que não consegue levantar-se para ir à casa de banho, dependendo das ajudantes familiares ou da sua filha para a realização da higiene diária, e da eliminação, pois não controla os esfíncteres e necessita que lhe troquem a fralda quando evacua. Para a Sra. D., a algália é um aspecto positivo, pois diminui a frequência com que a sua filha lhe muda a fralda, resultando em menor trabalho para ela.

A avaliação do Mini Nutricional Assessment indica a presença de malnutrição. A Sra. D. refere não ter apetite e, por vezes, a dificuldade na mastigação obriga-a a ingerir alimentos moles ou em puré, preferindo, muitas vezes, não os comer. Quando questionada sobre o que mais gosta de comer, de modo a aumentar a ingesta diária, a Sra. D. refere que gosta muito de sardinhas, mas que já não sente tanto prazer em comer como outrora.

A desnutrição e a imobilidade aumentam o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, comprovado pelo score de 15 pontos na escala de Braden.

Estes aspetos foram discutidos com a Sra. D., que já apresenta uma úlcera de pressão a nível da região sagrada, tendo sido explicado o alto risco de desenvolvimento de outras úlceras. Para a Sra. D. as feridas são motivo de grande preocupação, mas refere que não sabe o que pode fazer para melhorar a sua situação de saúde.

A Sra. D. encontra-se com dependência total e a sua filha é a cuidadora familiar, pelo que foi avaliada a escala de sobrecarga do cuidador, revelando uma sobrecarga ligeira da sua filha. A Sra. D. compreende que depende da sua filha para a realização de todas as atividades diárias e refere que as ajudantes familiares pouco aliviam o trabalho diário da sua filha.

Conhecer os recursos da pessoa idosa

A perceção das capacidades reais e potenciais da Sra. D. é crucial para o planeamento de intervenções que promovam a sua autonomia e a capacitem para o cuidado de si, assim como intervenções que capacitem a sua filha para o cuidado de si própria e da sua mãe, encontrando estratégias para diminuir a sobrecarga de cuidador.

Durante as visitas domiciliárias foi importante a análise conjunta com a Sra. D. e a sua filha sobre as avaliações realizadas e o modo como, em conjunto, se poderia promover a autonomia e melhorar o conforto e bem-estar da Sra. D., assim como ajudar a filha enquanto cuidadora. A identificação dos recursos (internos e externos) possíveis de mobilizar para realizar as intervenções propostas é essencial:

- a Sr^a D., que demonstra ser uma pessoa comunicativa e bem-disposta, que gosta de conversar, embora refira que gosta de passar algum tempo sossegada, a rezar. A religião confere-lhe uma grande força e coragem;
- o marido da Sra. D., companheiro de uma vida e que lhe proporciona companhia diária;
- a filha, sua cuidadora;
- as ajudantes familiares da SCM,
- a ECCI, pertencente à UCSP em que está inscrita.

POSSIBILITAR/CAPACITAR

Nesta 3.^a fase do modelo de parceria pretende-se transformar as capacidades potenciais da Sra. D. em capacidades reais, através de uma ação e objetivos predefinidos em conjunto, com vista à capacitação da pessoa para assumir o cuidado de si (Gomes, 2013, 2016).

A partilha de informação, a reflexão e a negociação são aspetos extremamente importantes na relação estabelecida entre enfermeiro e pessoa para que se possa construir uma ação conjunta. Uma vez que, de acordo com a avaliação realizada, a Sra. D. não apresenta défice cognitivo, foi possível realizar esta interação.

Ao longo das visitas domiciliárias e nas várias conversas com a Sra. D. foram identificados alguns aspetos em que ela poderia melhorar e ser mais autónoma, libertando a filha para outras atividades. A nível da mobilidade e da atividade, foi discutida a hipótese de a Sra. D. realizar levantar com ajuda total. No entanto, percebeu-se que o levantar teria de ser realizado pelas ajudantes familiares no período da manhã e só iria regressar ao leito no período da tarde, sem horário previsível. Devido ao tempo indeterminado que iria passar sentada num cadeirão, tendo a Sra. D. como filha consideraram que essa atividade seria impraticável no dia-a-dia e preferiram utilizar a cama articulada para a colocar em posição de sentada.

Relativamente à atividade de realização de higiene pessoal, foi discutida a possibilidade da Sra. D. lavar autonomamente a face e membros superiores, assim como pentear-se, explicando a importância da manutenção da capacidade funcional dos membros superiores. Na mudança da fralda também foi discutida a participação da Sra. D. nos cuidados, uma vez que consegue e não o fazia, ajudar a filha a mobilizá-la e lateralizá-la na cama, agarrando-se às grades. Também foi importante explicar à filha a necessidade de pedir ajuda à mãe nas situações em que ela ainda consegue ajudar, estimulando a sua atividade e promovendo a sua autonomia, e ao mesmo de tempo não exige tanto esforço da sua parte para a realização das atividades.

Uma vez que a Sra. D. refere não conseguir ajudar a filha e apresenta depressão ligeira, assim como a sua filha apresenta ligeira sobrecarga de

cuidador, foi proposto a ambas a realização de algumas atividades domésticas em que a Sra. D. pudesse colaborar e não constituísse perigo, tais como preparar alguns vegetais para as refeições (como por exemplo: separar folhas de alface ou couve, descascar ervilhas/favas,...); dobrar algumas pequenas peças de roupa (como meias e cuecas). Tanto a Sra. D. como a filha consideraram as atividades que poderiam ser realizadas em conjunto e que ajudariam a Sra. D. a sentir-se mais útil e a ocupar o tempo de forma mais agradável.

Durante as visitas domiciliárias foram exemplificadas várias situações que a Sra. D. poderia realizar em colaboração com a filha, ajudando-se mutuamente.

A alimentação da Sra. D. é reduzida para as suas necessidades nutricionais e foi explicado a importância de uma boa alimentação na sua recuperação e no tratamento da ferida. Apesar de compreender a informação fornecida, refere que não tem apetite e que o que ingere é suficiente porque passa o dia todo deitada sem fazer nada.

Tendo em conta que a Sra. D. recusa a medicação prescrita, à exceção do antibiótico, foi importante explicar para que serve cada medicamento prescrito e que o cansaço que a Sra. D. apresenta e sente, motivo de vários internamentos, poderia melhorar com a administração desses fármacos. A Sra. D. comprometeu-se a tomar a furosemida e o lisinopril, mas recusou o pantoprazol, apesar de lhe ser explicado que seria benéfico para o estômago, assim como os restantes.

A Sra. D. está internada em ECCL, equipa multidisciplinar que se encontra disponível para realizar visita domiciliária de acordo com a situação de saúde e social da família. Foi disponibilizada informação à Sra. D. e à filha dos vários recursos existentes, tais como unidades para descanso do cuidador, para a situação atual e no caso de agravamento da sua situação de saúde.

A filha da Sra. D. refere que, neste momento, se encontra capaz de cuidar da sua mãe, mas compromete-se em pedir ajuda se não conseguir garantir os cuidados necessários.

COMPROMETER-SE

Nesta fase é crucial o desenvolvimento de esforços mútuos para realizar as intervenções e alcançar os objetivos predefinidos em conjunto (Gomes, 2013, 2016). Deste modo, foi realizado o plano de cuidados com as intervenções definidas em conjunto, com o objetivo de promover o cuidado de si, ou capacitar o cuidador a assegurar o cuidado do outro. Todas as atividades, definidas em parceria, visam a promoção da autonomia da Sra. D. de acordo com as suas capacidades, decisões e projeto de vida.

No plano de cuidados estão identificados os problemas, os resultados esperados, os recursos mobilizados, as intervenções de enfermagem e os compromissos assumidos pela Sra. D. e filha.

Plano de cuidados em parceria da Sra. D.

Problemas identificados	Resultados esperados	Recursos mobilizados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Atividade física prejudicada relacionada com parésia dos MIs, manifestada por marcha ineficaz e dependência total nas AVDs.	- Que a Sra. D. alcance dependência parcial nas AVDs, nomeadamente na higiene pessoal e mobilidade.	- Envolvimento da Sra. D. e filha; - Ajudantes familiares; - Enfermeiras da ECCI, - Cama articulada com grades.	- Incentivar a Sra. D. a lavar o rosto, os dentes, os MS e a pentear-se; - Incentivar a Sra. D. a realizar movimentos ativos dos MS enquanto está no leito; - Incentivar a Sra. D. a ajudar a filha nas mobilizações no leito, agarrando-se às grades da cama; - Dar tempo e espaço para que a Sra. D. faça as atividades sozinha; - Supervisionar a Sra. D. a realizar as atividades que consegue fazer sozinha.	- Realizar a higiene do rosto, dentes, membros superiores e pentear-se sozinha com supervisão; - Realizar movimentos ativos dos MS, pelo menos uma vez por dia; - Colaborar nas mobilizações no leito.
Depressão ligeira, identificada pela aplicação da escala de depressão	- Que a Sra. D. consiga realizar de forma autónoma e segura, de forma a ajudar a	- Envolvimento da Sra. D. e filha; - Religião.	- Incentivar a Sra. D. a realizar atividades domésticas como preparar	- Realizar atividades domésticas simples de forma autónoma e segura;

geriátrica e manifestada por expressões como “já não consigo ajudar a minha filha na lida da casa”.	<p>filha nas atividades domésticas e lhe transmita sentimento de utilidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuir sentimentos depressivos; - Prevenir isolamento social. 		<p>legumes e dobrar roupa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o diálogo entre a Sra. D., a filha e o marido sobre situações da vida e do mundo e sobre situações felizes no passado; - Incentivar a realização de pelo menos uma refeição em família; - Reforçar a importância da religião na sua vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conversar sobre diversas situações/episódios do quotidiano e do passado; - Realizar a refeição do PA ou lanche em conjunto com a filha e/ou marido.
Adesão à medicação prejudicada, relacionada com recusa na toma dos medicamentos prescritos, manifestada por expressões como “vomitei depois de os tomar”.	<ul style="list-style-type: none"> - Que a Sra. D. esteja informada sobre os efeitos desejados dos fármacos prescritos; - Que a Sra. D. decida de forma informada que fármacos tomar; - Que a Sra. D. compreenda as repercussões da recusa dos medicamentos no seu estado de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da Sra. D. e filha; - Enfermeiras da ECCI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os medicamentos prescritos; - Informar sobre o princípio ativo e efeitos desejáveis de cada medicamento; - Explicar a importância de cada medicamento no estado de saúde da Sra. D.; - Incentivar a administração dos medicamentos prescritos; - Incentivar a solicitação de 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a toma da furosemida e do lisinopril diariamente como prescrito; - Manter a toma do antibiótico; - Solicitar esclarecimentos às enfermeiras da ECCI sobre os medicamentos prescritos quando surgirem dúvidas ou novos medicamentos; - Informar as enfermeiras da ECCI sobre qualquer

			ajuda e esclarecimentos sobre a medicação prescrita junto das enfermeiras da ECCI; - Incentivar a informação às enfermeiras da ECCI de qualquer alteração no plano terapêutico.	alteração na administração dos medicamentos.
Integridade cutânea prejudicada manifestada por úlcera de pressão cavitária na região sagrada, com presença de exsudado purulento.	- Que a Sra. D alcance a integridade cutânea mantida.	- Envolvimento da Sra. D. e filha; - Enfermeiras da ECCI.	- Realizar penso 3 x semana; - Realizar tratamento à ferida de acordo com as suas características e objetivo de tratamento; - Incentivar a alternância de decúbitos no leito.	- Colaborar nas mobilizações no leito, de modo a alternar decúbitos; - Solicitar ajuda para mudar de posição no leito.
Risco de desenvolvimento de UP relacionada com dependência total na mobilidade e atividade, manifestada por score de 15 pontos na escala de Braden.	- Que a Sra. D. não desenvolva mais UP.	- Envolvimento da Sra. D. e filha; - Ajudantes familiares da SCM; - Enfermeiras da ECCI.	- Incentivar a alternância de decúbitos no leito; - Incentivar a Sra. D. a realizar movimentos ativos dos MS enquanto está no leito; - Explicar a importância da aplicação de creme	- Colaborar nas mobilizações no leito, de modo a alternar decúbitos; - Solicitar ajuda para mudar de posição no leito; - Solicitar a aplicação de creme hidratante e a vigilância do estado da pele

			hidratante na pele, massajando-a; - Explicar a importância da vigilância da pele; - Reforçar a importância da alimentação adequada no tratamento e prevenção de feridas.	às ajudantes familiares na higiene diária; - Realizar movimentos ativos dos MS, pelo menos uma vez por dia.
Sobrecarga do cuidador ligeira, identificada pela aplicação da escala de Zarit à filha da Sra. D. (Sra. I.)	- Diminuir a sobrecarga do cuidador; - Identificar recursos disponíveis; - Prevenir o isolamento social; - Prevenir a depressão.	- Envolvimento da Sra. I., - Equipa da ECCI.	- Encorajar a Sra. I. a falar sobre os sentimentos e da sua relação com mãe; - Encorajar a Sra. I. a pedir ajuda aos seus filhos e marido de modo a poder descansar em alguns períodos; - Informar a Sra. I. dos recursos disponíveis.	- A Sra. I. refere conseguir e sentir-se bem em cuidar da mãe, comprometendo-se a pedir ajuda à ECCI se o estado de saúde dela se agravar; - A Sra. I. não quer envolver mais os filhos, referindo que eles ajudam no que podem.

ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Na última fase do modelo de parceria, a pessoa encontra-se informada e assume o controlo do cuidado de si para o desenvolvimento do seu projeto de vida e saúde ou, no caso de a pessoa não ter capacidade para tal, a família adquiriu competências para assegurar o cuidado ao outro (Gomes, 2013, 2016).

Tendo em conta o tempo de desenvolvimento do processo de parceria e o tempo disponível para a realização do estágio, não é possível o acompanhamento da pessoa idosa e família nesta fase do modelo de parceria. Todavia, as enfermeiras da ECCI continuam a prestar cuidados à Sra. D. e família, podendo dar continuidade ao plano de cuidados estabelecido para a promoção da autonomia da pessoa idosa no controlo do cuidado de si e na capacitação da cuidadora para assegurar o cuidado do outro.

Referências Bibliográficas

- Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; Outubro.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

APÊNDICE III
PÓSTER SOBRE A ABUSO À PESSOA IDOSA
(REALIZADO NO ÂMBITO DO ESTÁGIO NA UCSP)

PÓSTER SOBRE A ABUSO À PESSOA IDOSA

O Abuso à Pessoa Idosa...

... é um crime público e uma violação dos direitos humanos.



Liliana Silva*
Idalina Gomes*

O abuso à pessoa idosa é uma ação única ou repetida, ou a falta de resposta apropriada, intencional ou não, que ocorre numa relação onde exista uma expectativa de confiança e a qual produza prejuízo ou sofrimento ao idoso.

Fatores de risco

- Idade avançada
- Dependência física/mental
- Género feminino
- Coabitação
- Parentesco (agressor filho/cônjuge)
- Cultura de violência
- Agressor com problemas mentais, consumos aditivos ou dependente financeira ou emocionalmente do idoso.

Tipos de Abuso e exemplos de sinais e sintomas

Abuso Físico

Fraturas, luxações ou entorses; sub ou sobre medicação; marcas de imobilizações;...

Abuso Psicológico/emocional

Gritos e ameaças; Humilhação, ridicularização, infantilização; Ostracização e isolamento da pessoa em relação à família, amigos ou à atividade; aterrorização ou ameaça;...

Abuso Financeiro

Desaparecimento de objetos e dinheiro; mudanças suspeitas em testamentos, procurações, e outros; acrescimento de nomes às assinaturas de contas e cartões de crédito; atividade financeira que a vítima não consegue fazer; ...

Abuso Sexual

Hematomas no tórax ou órgãos genitais; infeções de transmissão sexual; sangramento anal ou vaginal inexplicado;...

Negligência

Perda de peso, desnutrição e desidratação; problemas físicos/feridas não tratados; más condições higiénico-sanitárias; falta de higiene pessoal; utilização de roupas inadequadas para a estação do ano; abandono do/a idoso/a em locais públicos;...

Proteção e Apoio à Pessoa Idosa Vítima de Abuso

- Código Penal: Alteração ao artigo 152º pela Lei nº19/2013 de 21 de fevereiro.
- Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (DGS, 2014).

O enfermeiro tem o dever de proteção do direito à vida e à qualidade de vida da pessoa idosa, ajudando-a na rotura da cadeia de abuso e na promoção de ambientes seguros, respeitando o seu direito ao sigilo profissional e à autodeterminação em saúde.

Referências Bibliográficas:

DGS (2014). Violência Interpessoal - Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. DGS, ASB/VCV, Lisboa; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2014). Projeto Envelhecimento e Violência 2011-2014. Departamento de Epidemiologia, Lisboa; OMS, 2002. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra. Disponível em: <http://www.pops.org.br/wp-content/uploads/2015/08/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>

* Enfermeira Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica

† Professora Coordenadora da ESEL

APÊNDICE IV
REVISÃO DA LITERATURA

**Cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a
implantação de válvula aórtica transcater e família na
preparação do regresso a casa
- Revisão *Scoping* -**

Introdução

O aumento da esperança média de vida e a mudança do perfil das doenças conduziram a uma população envelhecida com uma complexa variedade de doenças crónicas (DGS, 2016). A estenose aórtica (EAO) é uma patologia cardíaca associada ao envelhecimento da população, com sintomatologia incapacitante nas pessoas com mais de 75 anos (Rosa et al, 2013). A implantação da válvula aórtica transcater (TAVI), desenvolvida desde 2002, está estabelecida como o tratamento de eleição para os doentes com EAO grave considerados inoperáveis ou de alto risco cirúrgico pelas suas co-morbilidades ou fragilidades (Ruparelia & Prendergast, 2016). Apesar da elevada taxa de sucesso, com melhoria da sobrevivência e qualidade de vida do doente, a TAVI continua a ser uma intervenção complexa, com sérias complicações reconhecidas (NICE, 2012).

Os enfermeiros, na sua área de intervenção, procuram a máxima independência da pessoa na realização das AVD's, tendo como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde da pessoa (OE, 2012). Considerando a ainda parca experiência dos profissionais de saúde, é crucial aprofundar o conhecimento sobre os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a TAVI, nomeadamente na preparação do regresso a casa, de modo a desenvolver intervenções que possam ajudar a pessoa e família a assumirem o cuidado de si e do outro no regresso a casa, após a intervenção.

A revisão da literatura selecionada para este estudo foi a revisão *scoping*, que permite explorar toda a informação publicada sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa. Esta revisão foi realizada de forma metódica, seguindo um protocolo de pesquisa, e possibilita não só a enumeração dos artigos

publicados como também a compreensão e a relação dos dados obtidos (Ribeiro, 2014).

Metodologia

No sentido de aprofundar os conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa, como já referido, foi realizada uma revisão scoping, seguindo a metodologia de Joanna Briggs Institute. Para a construção da questão de investigação foram utilizados os termos de pesquisa de acordo com a terminologia População, Contexto e Conceito (PCC), através de descritores Medical Subject Headings (MeSH) e palavras-chave (tabela 1), de forma a formular a questão norteadora da presente revisão scoping: “*Quais os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a implantação de válvula aórtica transcater (TAVI) e família na preparação do regresso a casa?*”. Os descritores apresentados foram agrupados de acordo com a expressão booleana (elderly **OR** aged **OR** frailty elderly) **AND** (aortic valve stenosis **OR** transcatheter aortic valve implantation **OR** percutaneous aortic valve implantation) **AND** (nurs* **OR** planning discharge **OR** patient discharge **OR** return home **OR** after hospitalization).

Tabela 1 – Critérios para a formulação da questão de investigação da revisão scoping.

Terminologia de Pesquisa	Termos de pesquisa	Descritores MeSH/ palavra-chave
População	Pessoa idosa/frágil	<ul style="list-style-type: none"> • elderly • aged • frailty elderly
Contexto	Submetida a implantação de válvula aórtica transcater	<ul style="list-style-type: none"> • aortic valve stenosis • transcatheter aortic valve replacement • percutaneous aortic valve implantation
Conceito	Cuidados de enfermagem Preparação do regresso a casa	<ul style="list-style-type: none"> • nurs* • discharge planning • patient discharge • return home • after hospitalization

A pesquisa foi realizada no período de 28 de Novembro a 2 de Dezembro de 2016, nas bases de dados Cinahl Plus with Full Text, Medline with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Cochrane Database of Systematic Reviews, obtendo-se um total de 89 artigos, posteriormente submetidos a análise, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (Quadro1).

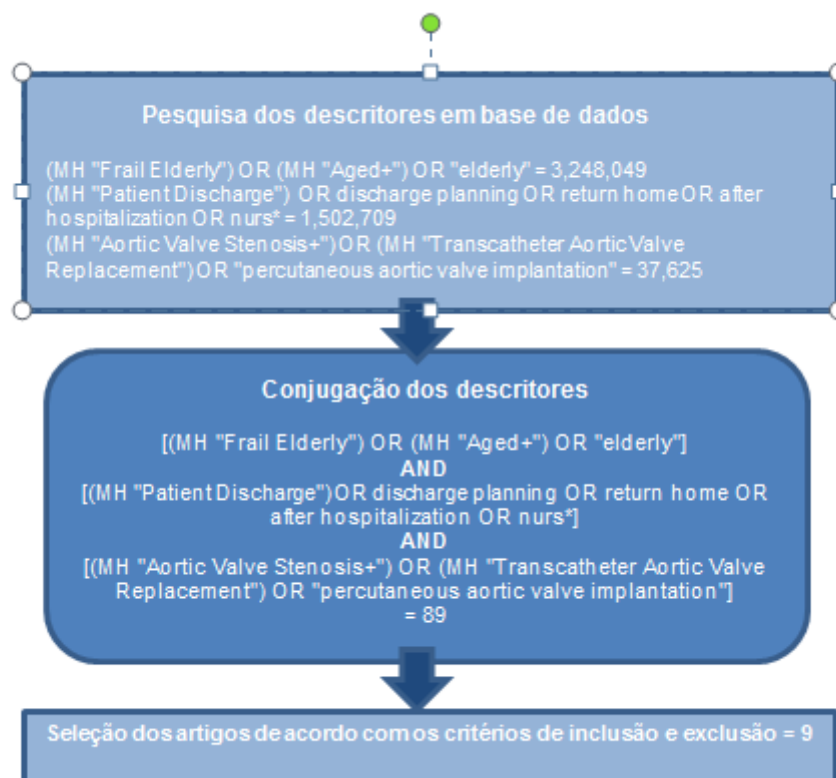
Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos analisados na Revisão Scoping.

Critérios de inclusão dos artigos	Critérios de exclusão dos artigos
<ol style="list-style-type: none">1. Acesso ao texto integral;2. Artigos em Português, Inglês ou Espanhol;3. Estudos que incluam doentes adultos e idosos com estenose aórtica;4. Estudos realizados em contexto de unidades de internamento de foro cardíaco;5. Estudos sobre intervenções ou cuidados de enfermagem;6. Estudos com contributos para a preparação do regresso a casa da pessoa e família.	<ol style="list-style-type: none">a) Artigos duplicados;b) Artigos noutras línguas, além das consideradas nos critérios de inclusãoc) Estudos sobre doentes submetidos a cirurgia cardíaca;d) Estudos sobre patologia cardíaca não valvular;e) Estudos sobre intervenções de outros profissionais de saúde.

Dos 89 artigos, 18 encontravam-se repetidos, restando 71 artigos para análise. Após leitura dos respetivos resumos, foram excluídos 33 artigos, por referirem estudos sobre tratamento de patologia cardíaca não valvular ou cirurgia cardíaca. De salientar que não foi aplicada filtração cronológica na pesquisa realizada pelo facto do procedimento em estudo ser recente, com início em 2002. Os artigos mais antigos seleccionados nesta revisão scoping datam de 2008 e podem trazer contributos para o conhecimento na área dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a implantação de válvula aórtica transcater.

Foram submetidos a leitura do texto integral, 38 artigos, dos quais, após análise de acordo com os critérios de inclusão e exclusão supracitados, foram seleccionados 9 para a revisão *scoping* (figura 1).

Figura 1 – Percurso metodológico de seleção de artigos



Apresentação dos resultados

Os artigos contemplados na revisão *scoping*, encontram-se descritos seguidamente, apresentando-se sumariamente os principais resultados e/ou as conclusões dos autores, em linha com o objetivo e a questão de investigação desta revisão. Os artigos estão apresentados por ordem cronológica, do mais recente ao mais antigo.

Artigo 1

Título	<i>2Patient-defined goals for the treatment of severe aortic stenosis: a qualitative analysis</i>
Autores; ano; local	Coylewright, M., Palmer, R., O'Neill, E., Robb, J., Fried, T.; 2015 , EUA.
Objetivos/Finalidade	Reportar os objetivos dos doentes face à decisão do tratamento para a Estenose Aórtica (EAo).
Participantes	46 pessoas com EAo grave, idosas ou de alto risco para cirurgia cardíaca/ inoperáveis, elegíveis para implantação de válvula

	aórtica transcater (TAVI).
Metodologia (se aplicável)	Estudo retrospectivo, entre Junho de 2012 e Agosto de 2014, onde foram analisadas qualitativamente as frases reportadas pelos doentes sobre os objetivos pretendidos com o tratamento.
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	Foram identificadas quatro diferentes categorias de objetivos: 1) manter independência (30%); 2) manter-se vivo (7%); 3) reduzir/eliminar dor ou sintomas (15%); 4) capacidade de realizar atividades específicas, tais como atividades de lazer/hobbies (48%). No follow-up, 1 mês após a TAVI, 87% dos doentes tinha alcançado os seus objetivos.
Principais conclusões/implicações para a prática	Os autores concluíram que o mais comum dos objetivos dos doentes elegíveis para TAVI é a capacidade de realizar e desfrutar das suas atividades favoritas e despende tempo com os seus companheiros.

Artigo 2

Título	<i>‘Early discharge after transfemoral transcatheter aortic valve implantation</i>
Autores; ano; local	Barbanti, M. et al; 2015 ; Itália.
Objetivos/Finalidade	Avaliar a viabilidade e segurança da alta precoce após TAVI e identificar as variáveis peri-procedimento que possam afetar a duração do internamento.
Participantes	465 pessoas submetidas a TAVI.
Metodologia (se aplicável)	Estudo retrospectivo, entre Junho de 2007 e Julho de 2014, onde foram comparados 2 grupos da população, o grupo da alta precoce (em 72h), e o grupo da alta tardia (mais de 3 dias após TAVI), relativamente a ocorrência de morte, eventos hemorrágicos, necessidade de pacemaker definitivo e reinternamento por qualquer causa após a alta e no período de 30 dias após o procedimento.
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	O grupo de doentes com alta precoce (23%) são mais jovens e é mais frequente a existência prévia de pacemaker, tendo sido documentadas menores taxas de hemorragia, complicações vasculares maior e necessidade de implantação de pacemaker. Os doentes com insuficiência cardíaca (IC) classe IV (de acordo com New York Heart Association Functional Classification*), mesmo sem ocorrência de eventos hemorrágicos, têm menor probabilidade de alta precoce. Não existem diferenças entre os 2 grupos na incidência de eventos

	<p>neurológicos durante o internamento.</p> <p>No follow-up clínico aos 30 dias, não se verificaram diferenças entre os dois grupos na ocorrência de morte, hemorragia, implantação de PM ou reinternamentos.</p> <p>A duração do internamento após TAVI é um dos principais fatores que contribuem para o aumento dos custos do procedimento.</p>
Principais conclusões/implicações para a prática	<p>Os autores concluíram que uma alta precoce é viável e não prejudica a segurança do procedimento, em doentes selecionados clinicamente, nomeadamente em doente com pacemaker implantado previamente e com classe de insuficiência cardíaca menos avançada (< IC classe IV).</p> <p>Os doentes em descompensação hemodinâmica ou com hemorragia após a TAVI demonstram ser pouco adequados para esta abordagem.</p>

Artigo 3

Título	<i>Immediate post-operative responses to transcatheter aortic valve implantation: An observational study</i>
Autores; ano; local	Egerod, I., Nielsen, S., Lisby, K.; Darmer, M., Pedersen, P.; 2014 ; Dinamarca.
Objetivos/Finalidade	<p>Descrever as respostas dos doentes após-TAVI na tarde do procedimento e no dia seguinte, antes da transferência da UCI para a enfermaria.</p> <p>Comparar as respostas entre o grupo de doentes mais jovens e o grupo com mais de 80 anos de idade.</p>
Participantes	54 pessoas submetidas a TAVI.
Metodologia (se aplicável)	Estudo prospetivo, comparativo, com recurso a observação da avaliação de enfermagem na tarde após a TAVI (folha de avaliação que engloba: avaliação da consciência, confusão/delirium, nível de agitação, respiração, dispneia, circulação, pele, hemorragia, medicação, náusea, nutrição, fluidos, eliminação, atividade, sono, fadiga/cansaço, dor em escala numérica e sinais vitais) e a entrevista estruturada (no dia seguinte) para descrever a intensidade e a frequência dos sintomas dos pacientes no período após o procedimento.
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	Todos os doentes se encontravam acordados e orientados, com respiração espontânea; 65% dos doentes apresentavam traçado cardíaco em ritmo sinusal, 15% em fibrilhação atrial e 39% em ritmo de pacing. Verificou-se hemorragia (45%) e hematoma (19%)

	<p>no acesso femural; 26% dos doentes apresentavam náuseas e 9% vômitos, sendo que apenas um doente conseguiu ingerir uma refeição completa na tarde após TAVI. A dor foi verbalizada por 57% dos doentes, sendo mais frequente no grupo mais jovem.</p> <p>Relativamente às intervenções terapêuticas, foram administrados medicamentos indutores do sono a 46% dos doentes, 31% necessitaram de medicação para estabilização hemodinâmica e 19% de reposição de fluidos devido a hemorragia; a 71% dos doentes foi permitida a mobilização.</p> <p>No dia seguinte ao procedimento, 87% dos doentes referiu dor, a maioria em repouso (nível 6 na escala numérica); 63% referiu distúrbios do sono e 55% distúrbios no descanso; 44% referiu desconforto no local de inserção femural, e 21% referiu náusea que restringe a ingestão de alimentos.</p>
Principais conclusões/implicações para a prática	<p>A maioria dos doentes experienciou dor e distúrbios do sono após o procedimento, sendo que o grupo dos doentes com mais de 80 anos de idade tolerou o procedimento tão bem como o grupo mais jovem.</p> <p>Os autores recomendam o desenvolvimento de intervenções de enfermagem relacionadas com a avaliação e gestão do conforto, dor, descanso e sono, assim como atenção ao desconforto e hemorragia no local do acesso vascular.</p>

Artigo 4

Título	<i>Managing patient expectations: transcatheter aortic valve implantation</i>
Autores; ano; local	Frame, A., Barker, S.; 2015 ; Londres
Objetivos/Finalidade	Discutir a gestão das expectativas dos doentes, baseada na experiência de duas enfermeiras especialistas num centro de TAVI.
Participantes	Enfermeiras
Metodologia	Artigo de opinião
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	<p>Um importante papel da enfermeira especialista é manter uma comunicação efetiva com o doente, familiares e cuidadores. As expectativas dos familiares podem diferir das do doente e devem ser geridas individualmente.</p> <p>Cada doente deve ter a sua própria motivação para o procedimento e deve ser realista. A discussão com a enfermeira especialista pode ajudar o doente a clarificar a sua mente e</p>

	<p>esclarecer quaisquer preocupações numa fase inicial.</p> <p>É importante informar os doentes sobre os cuidados após o procedimento e complicações, assim como a possível necessidade de pacemaker provisório, cateter venoso central e algália após o procedimento.</p>
Principais conclusões/implicações para a prática	<p>Apesar de anteriores estudos, com outras populações, revelarem que a gestão das expectativas dos doentes acerca de um tratamento resultaram num impacto positivo nos seus resultados, o impacto das expectativas dos doentes nos resultados após TAVI permanece incerto, carecendo de maior investigação.</p>

Artigo 5

Título	<i>Management of severe aortic stenosis.</i>
Autores; ano; local	Teehan, S., McKee, G., Dempsey, O.; 2015 ; Irlanda.
Objetivos/Finalidade	Descrever o protocolo de avaliação dos doentes idosos para TAVI e o papel do enfermeiro especialista em cardiologia.
Participantes	Equipa de Trinity College Dublin formada por enfermeira especialista em cardiologia, professor associado de ciências biológicas e investigadora em cuidados de saúde.
Metodologia	Artigo de opinião
Resultados/Conteúdos relevantes para a revisão scoping	<p>O doente é submetido a avaliação clínica (história de saúde e realização de diversos exames auxiliares de diagnóstico) para determinar se a TAVI é o tratamento adequado à sua situação clínica.</p> <p>Um dos primeiros papéis do enfermeiro é participar na educação do doente, ajudando-o e à sua família a tomar uma decisão informada sobre seus cuidados. O enfermeiro desempenha um papel importante na colheita de dados, da história do doente, realizando um exame físico completo, avaliando sua qualidade de vida e nível de fragilidade.</p> <p>O procedimento de TAVI requer uma equipa de laboratório especializado em cateterismo cardíaco, incluindo enfermeiros, médicos e técnicos cardíacos e, além disso, enfermeiros da unidade de cuidados coronários para cuidados pós-procedimento.</p>
Principais conclusões/implicações para a prática	O planeamento e a intervenção de enfermagem podem ser melhorados desde que exista uma boa avaliação do doente e uma boa compreensão dos resultados clínicos da TAVI.

Artigo 6

Título	<i>Transcatheter Aortic Valve Implantation Options For Treating Severe Aortic Stenosis in the Elderly. The Nurse's Role in Postoperative Monitoring and Treatment</i>
Autores; ano; local	Panos, A., George, E.; 2014
Objetivos/Finalidade	Apresentar uma visão geral da progressão da EAo e dos diferentes dispositivos de TAVI e procedimentos de inserção, melhorando a compreensão dos cuidados de enfermagem imediatos no pós-operatório associados à gestão pós-operatória dos doentes.
Participantes	Autoras do artigo (enfermeiras)
Metodologia	Revisão narrativa da literatura
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	<p>Apesar dos doentes serem submetidos a um procedimento minimamente invasivo, as co-morbilidades torna-os potencialmente doentes e instáveis.</p> <p>Nas primeiras 48 horas após TAVI, os doentes estão em risco de complicações hemorrágicas do acesso vascular, isquémia do membro intervencionado, acidente vascular cerebral, e bradicardia ou bloqueios de condução cardíaca.</p> <p>O desenvolvimento de protocolos de cuidados de enfermagem é crucial para direcionar a resposta imediata a eventos emergentes.</p> <p>Os cuidados de enfermagem aos doentes após TAVI incluem o despiste de complicações, como a avaliação da artéria femoral para despiste de hemorragia ou hematoma no acesso vascular, e avaliação neurológica e neurovascular para despiste de acidentes cerebrovasculares ou trombose periférica.</p> <p>Os cuidados de enfermagem devem focar-se na melhoria da função respiratória/pulmonar; gestão da dor; reinício do suporte nutricional e aumento da mobilidade.</p> <p>Os anticoagulantes orais iniciam-se 24h após o procedimento e é aconselhável o mínimo de 6 meses de dupla anti agregação para evitar tromboembolismo.</p> <p>A idade avançada dos doentes submetidos a TAVI requer considerações especiais na sua reabilitação física. O regresso a casa com apoio familiar ou a admissão numa instituição de curta duração para reabilitação deve ser discutido com o doente e família.</p>
Principais conclusões/implicações para a prática	As autoras concluem que é imperativo os enfermeiros terem um conhecimento prático de como os dispositivos são inseridos e as complicações potenciais, assim como uma compreensão do impacto das condições médicas pré-operatórias de cada paciente

	na sua recuperação.
--	---------------------

Artigo 7

Título	<i>6Treatment of older patients with aortic valve stenosis.</i>
Autores; ano; local	Madden, A. & Hill, E.; 2009
Objetivos/Finalidade	Aumentar o conhecimento e a compreensão da EAO para apoiar as opções de tratamento dos doentes idosos, nomeadamente a implantação de válvula aórtica transcater.
Participantes	Autoras
Metodologia	Revisão narrativa da literatura
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	O doente permanece internado entre quatro a sete dias. Os cuidados de enfermagem descritos englobam: avaliação neurológica; monitorização cardíaca; vigilância da respiração/ monitorização de oximetrias periféricas; manutenção de dispositivos como cateter venoso central, linha arterial, algália, pacemaker provisório; vigilância do acesso vascular para colocação da válvula; colheitas de sangue para análises, administração de terapêutica anticoagulante/antiagregante plaquetária e antibióticos; avaliação e controlo da dor; manutenção de repouso no leito durante 48h e preparação da alta.
Principais conclusões/implicações para a prática	A TAVI surgiu como uma opção de tratamento para os doentes sintomáticos com EAO recusados para cirurgia cardíaca, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e aumentar a esperança de vida. Os doentes submetidos a TAVI carecem de cuidados de enfermagem em UCI no pós-procedimento imediato antes da transferência para a enfermaria de cardiologia. Os cuidados de enfermagem a estes doentes continuam a desenvolver-se à medida que o procedimento continua a expandir-se.

Artigo 8

Título	<i>7Transcatheter and Transapical Aortic Valve Replacement.</i>
Autores; ano; local	McRae, M., Rodger, M., Bailey, B.; 2009
Objetivos/Finalidade	Discutir o desenvolvimento da implantação de válvula aórtica através de procedimentos minimamente invasivos e rever os cuidados de enfermagem a esses doentes.
Participantes	Autoras (enfermeiras)
Metodologia	Revisão narrativa da literatura

Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	A implantação de válvula tem sucesso na maioria dos doentes, que experienciam melhoria dos sintomas após o implante. As áreas de intervenção de enfermagem são diversas, nomeadamente: monitorização do valor de hemoglobina, creatinina e electrólitos; monitorização da diurese, vigilância de reacção alérgica ao contraste iodado, vigilância de perdas sanguíneas e hematoma no acesso vascular; monitorização neurológica e ventilatória, vigilância da perfusão periférica dos membros inferiores, monitorização da dor, e despiste de infeção local ou sistémica e de complicações major como tamponamento cardíaco ou disseção da artéria femoral.
Principais conclusões/implicações para a prática	Uma vez que os doentes candidatos a implantação de válvula aórtica transcater apresentam muitas co-morbilidades, o foco do cuidado de enfermagem está na prevenção e controlo de complicações devido a essas condições de morbilidade prévias.

Artigo 9

Título	<i>5A New Option for the Treatment of Aortic Stenosis: Percutaneous Aortic Valve Replacement.</i>
Autores; ano; local	Lauck, S., Mackay, M., Galte, C., Wilson, M.; 2008
Objetivos/Finalidade	Revisão da fisiopatologia da EAo, descrição da implantação de válvula aórtica percutânea como opção recente de tratamento e discussão das implicações para os cuidados de enfermagem.
Participantes	Autoras
Metodologia	Revisão narrativa da literatura
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	<p>Antes do procedimento é importante uma revisão do estado funcional do doente, as condições co mórbidas, o suporte familiar e social e a qualidade de vida, de modo a encontrar as necessidades do doente durante internamento e facilitar o processo de regresso a casa. O plano de alta deve ser iniciado antes do procedimento.</p> <p>No pós-procedimento imediato é essencial uma especial atenção à recuperação neurológica, assim como ao despiste de complicações neurológicas, cardíacas, hemodinâmicas, e hemorrágicas e tromboembólicas do membro intervencionado. O controlo da dor deve ser iniciado imediatamente após o procedimento de modo a proporcionar conforto e minimizar complicações como aumento do esforço cardíaco e ansiedade.</p> <p>Os doentes devem ser estimulados a andar assim que for possível,</p>

	preferencialmente no dia seguinte ao procedimento. Uma das estratégias para facilitar o processo de alta e o regresso a casa destes doentes é transferi-los precocemente para a enfermaria de cardiologia, promovendo a mobilidade e retorno ao seu estado funcional prévio, mantendo a vigilância. A fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social podem fornecer recursos adicionais ao planeamento de alta.
Principais conclusões/implicações para a prática	A falta de pesquisa, experiência e diretrizes clínicas publicadas neste âmbito exigiram perícia de enfermagem cardíaca e um compromisso na partilha de informações, comunicação interdisciplinar e prática colaborativa.

Discussão dos resultados

A implantação de válvula aórtica transcater (TAVI) é um procedimento recente, pelo que os estudos sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa intervencionada e família são escassos e continuam ainda a desenvolver-se. A vulnerabilidade da pessoa idosa selecionada e as complicações pós-TAVI devido a co-morbilidades pré-existentes é salientada pela maioria dos autores, tendo o enfermeiro um papel fundamental no despiste e controlo dessas complicações, de forma a tornar a recuperação destas pessoas mais fácil e rápida.^{3, 5, 6, 7, 8, 9}

No entanto, as intervenções de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família devem iniciar-se antes do procedimento, não passando apenas pela monitorização e despiste de complicações, mas também pelo estabelecimento de uma relação de confiança, que irá permitir conhecer a pessoa e família, os seus problemas e necessidades e o que esperam alcançar com o tratamento. A gestão das expectativas das pessoas idosas sobre o tratamento da estenose aórtica a que será submetido está ainda pouco estudada mas poderá ter um impacto positivo nos resultados após TAVI.⁴ Os doentes submetidos a implantação de válvula aórtica transcater ambicionam com o tratamento manter a independência e realizar as suas atividades lúdicas, mantendo-se ativamente junto dos seus companheiros.² O enfermeiro deve manter uma comunicação efetiva com a pessoa idosa e família, clarificar a informação, gerindo individualmente as expectativas e preocupações, fornecer informação

sobre os cuidados após o procedimento e possíveis complicações, de modo a que a pessoa idosa e família possam tomar uma decisão informada sobre seus cuidados,⁴ e realizar uma avaliação inicial que permita identificar as necessidades da pessoa idosa e família durante e após o internamento, facilitando o processo de regresso a casa.^{5,8,9}

Após a avaliação inicial, prévia ao procedimento, são planeadas as intervenções de enfermagem a implementar após a TAVI, que permitam um despiste e atuação rápidos de possíveis complicações e a promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa. A intervenção de enfermagem após o procedimento engloba: avaliação neurológica, respiratória e cardíaca; vigilância da pele, pulso e local do acesso vascular intervencionado; controlo da dor, e promoção do sono e repouso, alimentação e eliminação.^{3,5,8} A promoção da mobilidade é também salientada como uma intervenção importante para a recuperação destes doentes.^{5,8} De acordo com um estudo desenvolvido recentemente, os doentes submetidos a TAVI referiram, maioritariamente, dor (57% no dia do procedimento e 87% no dia seguinte) e distúrbios do sono (63%). Em 45% dos doentes verificou-se hemorragia no acesso vascular femoral. No entanto, a 71% dos doentes foi permitida a mobilização no próprio dia do procedimento. A ingestão de refeições foi uma atividade condicionada por náuseas (26%) e vômitos (9%).³

O controlo da dor e a promoção da mobilidade são as intervenções de enfermagem focadas por vários autores como cruciais nos cuidados à pessoa idosa após a TAVI e na preparação do regresso a casa.^{3,5,7,8} Tendo em conta que a dor e outras complicações como alterações de ritmo cardíaco, alteração do sono e eventos hemorrágicos podem restringir a mobilidade da pessoa idosa, o enfermeiro deve focar o seu cuidado à pessoa idosa no retorno ao seu estado funcional prévio.^{3,5} O desenvolvimento de protocolos de cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI permite uma atuação rápida e direcionada à resolução de complicações,⁸ que devem ser individualizados, tendo em conta as condições prévias da pessoa idosa selecionada para TAVI. De acordo com um dos estudos mais recentes, os doentes com implantação de pacemaker prévio e com uma classe funcional de insuficiência cardíaca menos agravada tem menor probabilidade de complicações, permitindo um regresso a casa mais rápido.¹ A intervenção de enfermagem à pessoa idosa submetida a

TAVI e família deve ser planeada de acordo com a história de saúde da pessoa idosa, o seu exame físico e nível de fragilidade,⁹ mas continua ainda a desenvolver-se à medida que a experiência no procedimento expande-se.

Conclusão e implicações para a prática

O despiste de complicações neurológicas, cardíacas, hemodinâmicas, e hemorrágicas e tromboembólicas do membro intervencionado, assim como o controlo da dor e a promoção da mobilidade, são focados pelos autores como os cuidados essenciais à pessoa idosa submetida a TAVI e família. Todavia, a avaliação inicial das condições de saúde, capacidade funcional, apoios e recursos familiares e sociais, e o conhecimento dos objetivos e expectativas da pessoa idosa com o tratamento selecionado para a estenose aórtica possibilita o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro e pessoa idosa e família, crucial para o desenvolvimento de uma intervenção individualizada adequada.

Referências Bibliográficas

- ¹Barbanti, M. et al (2015). Early discharge after transfemoral transcatheter aortic valve implantation. *Heart Online First*. DOI: 10.1136/heartjnl-2014-307351.
- ²Coylewright, M., Palmer, R., O'Neill, E., Robb, J. & Fried, T. (2015). Patient-defined goals for the treatment of severe aortic stenosis: a qualitative analysis. *Health Expectations*. DOI: 10.1111/hex.12393.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2016). Principais Indicadores de Saúde para Portugal, 2010-2014. Atualizado em Março de 2016. Direção Geral de Saúde, Lisboa. Acedido a 28/04/2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx>,
- ³Egerod, I., Nielsen, S., Lisby, K., Darmer, M. & Pedersen, P. (2014). Immediate Post-operative Responses to Transcatheter Aortic Valve Implantation: An observational study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 14(3), 232–239. DOI: 10.1177/1474515114525521.
- ⁴Frame, A. & Barker, S. (2015). Managing patient expectations: transcatheter aortic valve implantation. *British Journal of Cardiac Nursing*, Vol. 10 (6), 285 – 289.
- ⁵Lauck, S., Mackay, M., Galte, C. & Wilson, M. (2008). A new option for the treatment of aortic stenosis: percutaneous aortic valve replacement. *Critical Care Nurse*, 28(3), 40-51.
- ⁶Madden, A., Hill, E. (2009). Treatment of older patients with aortic valve stenosis. *Nursing Standard*. Vol. 24 (12), 42-48.

⁷McRae, M., Rodger, M., Bailey, B. (2009). Transcatheter and Transapical Aortic Valve Replacement. *Critical Care Nurse*, Vol. 29 (1), 22-38. **DOI:** 10.4037/ccn2009553.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2012). Transcatheter aortic valve implantation for aortic stenosis. Interventional procedure guidance. Acedido a 21/06/2016. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg421>

NICE (2012). Catheter insertion of a new aortic valve to treat aortic stenosis. Understanding NICE guidance. Acedido a 21/06/2016. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg421/resources/catheter-insertion-of-a-new-aortic-valve-to-treat-aortic-stenosis-363082141>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, Divulgar, Lisboa.

⁸Panos, A., George, E. (2014). Transcatheter Aortic Valve Implantation Options For Treating Severe Aortic Stenosis in the Elderly. The Nurse's Role in Postoperative Monitoring and Treatment. *Dimensions of Critical Care of Nursing*. Vol. 33 (2), 49-56. **DOI:** 10.1097/DCC.0000000000000023.

Ribeiro, J. L. (2014). Revisão de Investigação e Evidência Científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671-682. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150309>

Rosa, V. et al (2013). O *Heart Team* é fundamental para o Tratamento Transcateter da Estenose Aórtica? *Sociedade Brasileira de Cardiologia*. **DOI:** 10.5935/abc.20140060

Ruparelia, N. & Prendergast, B. D. (2016). Technical Aspects of Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI). *E-journal of Cardiology Practice*. Vol. 14, N° 5, 08 Mar 2016. Acedido a 28/04/2016. Disponível em: <http://www.escardio.org/Guidelines-&-Education/Journals-and-publications/ESC-journals-family/E-journal-of-Cardiology-Practice/Volume-14/technical-aspects-of-transcatheter-aortic-valve-implantation-tavi>

⁹Teehan, S., McKee, G. & Dempsey, O. (2015). Management of severe aortic stenosis. *WIN*, Vol. 22 (10). Dec 2014/Jan 2015.

The Joanna Briggs Institute (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews. In: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping

http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp#.WLCDY39c5zU. Acedido a 20 de Fevereiro de 2017.

APÊNDICE V
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Instrumento de colheita de dados com base no Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2009, 2013, 2016)		
1.ª FASE: REVELAR-SE		
CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA		
Nome		
Nome preferido		
Idade		
Nacionalidade		
Religião		
Estado Civil		
Profissão/ocupação		
CONHECER O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA		
Coabitação		
Condições habitacionais		
Pessoa de Referência/Cuidador familiar		
Situação económica (dificuldades)		
Ocupação de tempos livres /projeto de vida		
Rede de apoio (recursos familiares, sociais, da comunidade, etc)		
Necessidades do cuidador familiar		
CONHECER OS HÁBITOS DE VIDA DA PESSOA IDOSA		
Alimentação	Padrão alimentar (n.º refeições/horário)	
	Preferências	
	Restrições alimentares	
	Alergias alimentares	
	Ingestão hídrica	
	Problemas na mastigação/deglutição	
	Falta de peças dentárias/uso de próteses	
	Alterações do paladar/ mucosa oral	
	Alterações/limitações devido a doença atual	
Eliminação	Características	
	Frequência	
	Dependência de fármacos	
Mobilidade	Dependência (o que precisa de ajuda)	
	Autonomia (o que consegue fazer sozinha)	
	Limitações pré-existentes	
	Uso de auxiliares de marcha	
	Limitações devido a doença atual	

Atividade física	Hábitos de exercício	
	Limitações	
Higiene e conforto Vestir/despir	Dependência (o que precisa de ajuda)	
	Autonomia (o que consegue fazer sozinha)	
Sono e repouso	Duração	
	Insónias	
	Dependência de fármacos	
CONHECER O CONTEXTO DE DOENÇA DA PESSOA IDOSA		
A pessoa sabe a que procedimento será submetida		
A pessoa tem conhecimento sobre o procedimento de TAVI		
A pessoa tem conhecimento das possíveis complicações vasculares		
A pessoa tem conhecimento da possível necessidade de pacemaker após o procedimento		
A pessoa tem conhecimento das possíveis complicações hemorrágicas		
Sintomatologia que levou à necessidade do procedimento/procura de tratamento		
Antecedentes pessoais		
Antecedentes familiares		
Cirurgias		
Próteses (auditivas/oculares)		
Alergias		
Medicação habitual		
Gestão do regime terapêutico		
Hábitos alcoólicos, tabágicos, toxifílicos		
Impacto da doença na vida da pessoa		
Impacto da doença na vida da família		
Projeto de saúde		

2.ª FASE: ENVOLVER-SE	
ESTABELECEER UMA RELAÇÃO DE CONFIANÇA	
O enfermeiro faz a socialização ao serviço	
O enfermeiro entrega o folheto de acolhimento	
O enfermeiro mostra disponibilidade (tempo e espaço para escutar e esclarecer dúvidas)	
O enfermeiro identifica as necessidades da pessoa e família	
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre o regime terapêutico após TAVI	
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre sinais e sintomas de infeção local ou sistémica	
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre sinais e sintomas de complicações vasculares do membro intervencionado	

O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre o dispositivo de encerramento vascular	
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre as limitações motoras que poderão surgir após o procedimento/internamento	
O enfermeiro procura identificar situações de dor pré-existentes ao procedimento	
O enfermeiro envolve o familiar de referência	
3.ª FASE: POSSIBILITAR/CAPACITAR TRANSFORMAR AS POTENCIALIDADES EM REALIDADES REAIS	
O enfermeiro partilha de informação durante os cuidados prestados	
O enfermeiro partilha conhecimento sobre o procedimento realizado	
O enfermeiro partilha conhecimento sobre os cuidados imediatos após procedimento (repouso 24h, monitorização contínua, antibioterapia profilática, etc.)	
O enfermeiro partilha conhecimento sobre o regime terapêutico que a pessoa idosa está a fazer	
O enfermeiro partilha conhecimento sobre os sinais e sintomas de alterações vasculares do membro intervencionado	
O enfermeiro partilha conhecimento sobre o dispositivo de encerramento vascular (o que é, para que serve, os cuidados que deve ter após a alta)	
O enfermeiro partilha conhecimento sobre a importância da atividade física na recuperação motora	
O enfermeiro partilha conhecimento sobre estratégias de gestão da dor	
O enfermeiro partilha conhecimento sobre os cuidados após implantação de pacemaker definitivo (se aplicável)	
O enfermeiro respeita as preferências, o tempo e a decisão da pessoa na prestação de cuidados	
O enfermeiro articula com os diferentes profissionais de acordo com as necessidades identificadas	
O enfermeiro identifica o que a pessoa consegue fazer sozinha	
O enfermeiro sabe o que a pessoa identifica como problema	
O enfermeiro identifica as potencialidades da pessoa	
O enfermeiro identifica as necessidades de ensino	
4.ª FASE: COMPROMETER-SE PLANO COM OBJETIVOS ESTABELECIDOS ENTRE PESSOA, FAMÍLIA E ENFERMEIRO	
O enfermeiro identifica os objetivos da pessoa e família perante a situação	
O enfermeiro identifica os objetivos da equipa de enfermagem para a pessoa	
O enfermeiro discute com a pessoa e família o plano de cuidados, de forma a constituírem objetivos comuns	
O enfermeiro valida com a pessoa/família o conhecimento sobre o procedimento realizado	

O enfermeiro valida com a pessoa/família o regime terapêutico a adoptar após o procedimento	
O enfermeiro valida com a pessoa/família as estratégias de despiste de complicações vasculares do membro intervencionado	
O enfermeiro valida com a pessoa/família as estratégias de despiste de sinais e sintomas de infeção	
O enfermeiro valida com a pessoa/família a necessidade de identificação do dispositivo de encerramento vascular durante 90 dias	
O enfermeiro valida com a pessoa/família as estratégias de aumento gradual da atividade física	
O enfermeiro valida com a pessoa/família as estratégias de gestão da dor	
O enfermeiro valida com a pessoa/família os cuidados após implantação de pacemaker definitivo (se aplicável)	
O enfermeiro ajuda a pessoa idosa/família a desenvolver a capacidade de cuidar de si/do outro	
5.ª FASE: ASSUMIR O CUIDADO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO	
PROMOVER O CUIDADO DE SI/CUIDADO DO OUTRO	
A pessoa/família possui informação que lhe permite gerir o regime terapêutico	
A pessoa/família identifica sinais e sintomas de complicações vasculares	
A pessoa/família identifica sinais e sintomas de infeção local e sistémica	
A pessoa/família sabe a necessidade de identificação do dispositivo de encerramento vascular durante 90 dias	
A pessoa/família identifica estratégias de aumento gradual da atividade física	
A pessoa/família identifica estratégias de gestão da dor	
A pessoa/família conhece o seu percurso após a alta hospitalar	
A pessoa possui informação que lhe permite prosseguir o seu projeto de vida e saúde, assumindo o cuidado de si	
O familiar possui informação que lhe permite assegurar o cuidado do outro (despiste de complicações, regime terapêutico, cuidados com o membro intervencionado, alimentação e atividade física)	
A pessoa idosa/familiar possui informação sobre recursos disponíveis na comunidade	
O familiar conhece alternativas que lhe permitem assegurar o cuidado do outro	
O enfermeiro fornece suporte escrito sobre o internamento, procedimento e cuidados após a TAVI (carta de alta, folheto informativo, etc)	
A pessoa idosa/família compreende a informação fornecida.	

APÊNDICE VI
GUIÃO DE ENTREVISTA À PESSOA IDOSA
SUBMETIDA A TAVI E FAMÍLIA

Guião de entrevista à pessoa idosa submetida a TAVI e família

Na admissão no serviço

1. Foi informado e esclarecido quanto ao procedimento que vai realizar?
2. Quais são as suas preocupações relativamente à atual situação de saúde?
3. Como é que os enfermeiros o podem ajudar durante o internamento?

No 2.º dia após procedimento

1. Foi esclarecido e informado sobre os cuidados que deve ter após o procedimento?
2. Recebeu informação sobre a doença, sinais e sintomas a controlar?
3. Conhece os sinais e sintomas de complicações que poderão surgir e como agir?
4. Recebeu informação sobre o regime terapêutico?
5. Sentiu-se envolvido/participou nos cuidados prestados?
6. Recebeu informações essenciais acerca de como ser capaz de articular com os serviços de saúde se necessário.
7. Como é que os enfermeiros poderiam ajuda-lo para uma melhor recuperação no regresso a casa?

APÊNDICE VII
CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE
ENTREVISTAS COM GRAVAÇÃO ÁUDIO À PESSOA IDOSA
SUBMETIDA A TAVI E FAMÍLIA

Consentimento Informado

Exmo. Sr. Ou Sr.ª

Convido-o a colaborar num projeto de estágio sobre a temática a “preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a implantação de válvula aórtica transcater: a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família”, que envolve a participação dos doentes e dos seus familiares.

Este projeto está a ser realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com especialização Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa Idosa, sob a orientação da Professora Doutora Idalina Gomes.

A finalidade deste projeto é promover o cuidado de si da pessoa idosa submetida a implantação de válvula aórtica transcater e sua família no regresso a casa, de modo a que possam gerir de forma eficaz a sua recuperação.

A sua participação neste projeto realiza-se através de uma entrevista, com gravação áudio, que será posteriormente destruída após cumprimento da sua finalidade exclusivamente académica. A informação obtida será tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Protecção de Dados Pessoais nº 67/98 de 26 de Outubro.

A sua participação no presente projeto é de carácter voluntário, podendo em qualquer altura negar o seu consentimento.

Assinatura do responsável pelo projeto _____
(Enf.ª Liliana Silva)

Lisboa, __/__/__

Declaro ter compreendido a informação que me foi dada sobre o projeto e o funcionamento do mesmo. Fui esclarecido (a) sobre todos os aspetos que considero importantes. Aceito a gravação áudio da entrevista. Fui informado (a) do meu direito de recusar a participação no presente projeto em qualquer momento. Deste modo, consinto participar voluntariamente neste projeto.

Nome do doente _____

Nome do familiar (em caso do doente preferir que seja o familiar a participar)

Grau de parentesco _____

Assinatura do participante

Lisboa, __/__/__

APÊNDICE VIII
ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS À PESSOA
IDOSA SUBMETIDA A TAVI E FAMÍLIA
(FASE DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO)

Análise de conteúdo das entrevistas à pessoa idosa submetida a TAVI e família (Fase de diagnóstico de situação)

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que permite a inferência de conhecimentos a partir dos conteúdos das mensagens analisadas. Os dados obtidos são transformados e agregados em unidades que, após codificação, permitem a descrição exata das características do conteúdo transmitido através da comunicação. As unidades de registo são unidades de significado, correspondentes ao segmento de conteúdo a considerar na análise. Estas sofrem, posteriormente, categorização e contagem de frequência. As categorias são classes que reúnem um grupo de unidades de registo com características comuns, sob um título genérico (Bardin, 2009).

No período de 6 a 16 de Dezembro de 2016 foram realizadas 3 entrevistas à pessoa idosa submetida a TAVI e família, em dois momentos distintos, na admissão e no 2.º dia após o procedimento. Na análise de conteúdo às entrevistas da pessoa idosa submetida a TAVI e família, após leitura exaustiva das respostas, foram identificadas as unidades de significados, ou seja, trechos de conteúdo a considerar para análise, posteriormente agrupados em categorias e áreas temáticas (tabela 1).

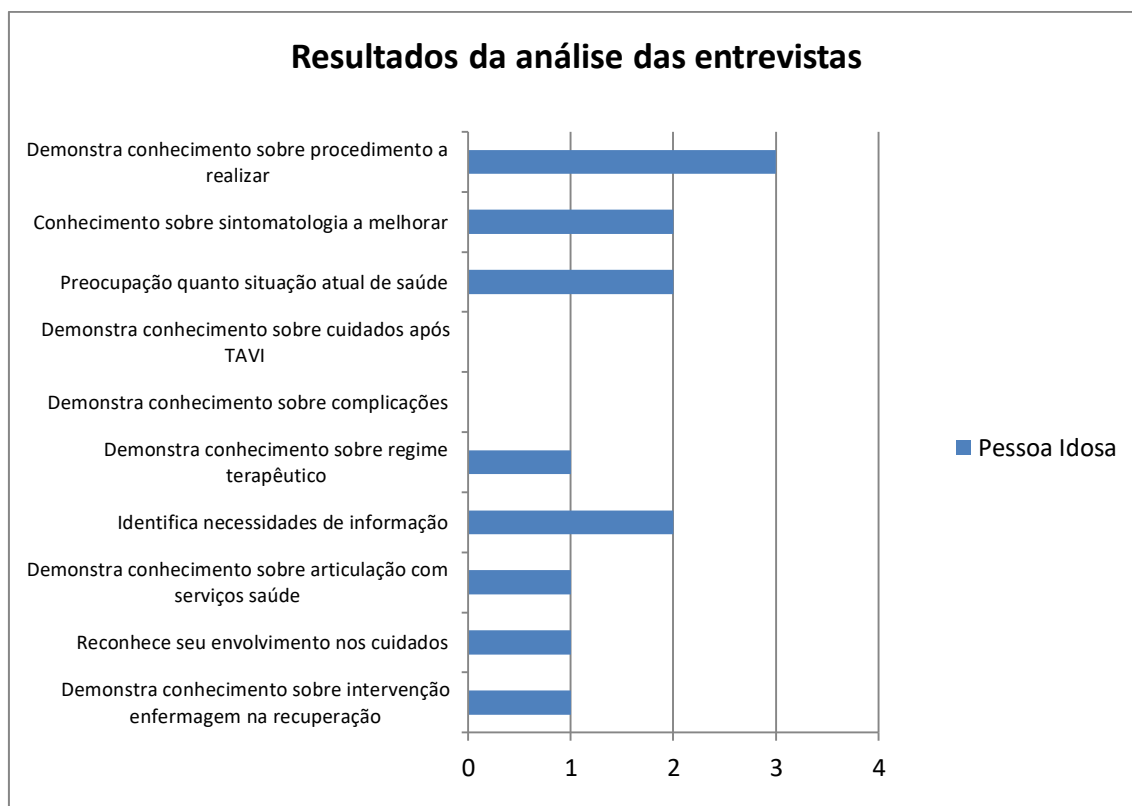
Tabela 1 - Análise de conteúdo das entrevistas realizadas a 3 pessoas idosas submetidas a TAVI e família na fase de diagnóstico de situação

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE	Demonstra conhecimento sobre procedimento a realizar	"Venho fazer um cateterismo para a aorta..." PI1 "vão pôr-me uma válvula (...)" PI2 "ouvi dizer que é a veia aorta, que está entupida..." PI3
	Conhecimento sobre sintomatologia a melhorar	"é que eu quero andar e não posso...porque me canso." PI1 "vou respirar melhor" PI2
	Preocupação quanto à situação atual de saúde	"vou sair daqui bem ou vou sair daqui mal?" PI1 "passo mal (...) talvez da anestesia..." PI3
	Demonstra conhecimento sobre	"tenho uma quantidade de medicamentos" PI3

CONHECIMENTOS PARA ASSUMIR O CUIDADO DE SI	regime terapêutico	
	Demonstra conhecimento sobre articulação com os serviços de saúde	“tive na associação” PI3
	Identifica necessidades de informação	“quando me for embora devem dizer” PI1 “vão dar-me informações sobre como hei-de proceder” PI3
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA NA PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA	Demonstra conhecimento sobre intervenção do enfermeiro na recuperação para o regresso a casa	“indicar o que eu hei-de fazer, o que hei-de comer” PI3

A contagem da frequência de cada unidade de registo permite identificar as categorias mais referidas nas respostas às entrevistas da pessoa idosa submetida a TAVI e família, apresentadas no seguinte gráfico.

Gráfico 1 – Resultados da análise de conteúdo das entrevistas á pessoa idosa submetida a TAVI e família (avaliação inicial).



A leitura integral das entrevistas possibilitou a identificação de dados que, apesar de não responderem diretamente às questões colocadas, denunciavam necessidades da pessoa idosa, como o caso das necessidades de informação. A tabela 2 apresenta algumas unidades de registo relativas à categoria “Identifica necessidades de informação”, cruciais para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria na promoção do cuidado de si no regresso a casa após a TAVI.

Tabela 2 – Necessidades de informação da pessoa idosa.

Identifica necessidades de informação	Unidades de Registo
	“como hei-de proceder...”
	“fiquei admirada com isto do pacemaker”
	“como é que hei-de fazer, o que hei-de comer,”

Na análise das respostas à entrevista realizada na fase diagnóstico, compreendemos que a pessoa idosa e família, à admissão, sabem que procedimento que vão realizar, apesar desse conhecimento ser superficial e apenas de nomeação da intervenção. No entanto, compreendem o objetivo do tratamento e identificam a sintomatologia que deverá e que pretendem que melhore após a realização da TAVI. Na segunda fase da entrevista, no 2.º dia após o procedimento, a pessoa idosa não demonstra conhecimentos sobre os cuidados após o procedimento e sobre complicações que possam surgir e como agir. Também são escassos os seus conhecimentos sobre o regime terapêutico e a articulação com os serviços de saúde, pelo que consideramos não possuírem conhecimentos que lhes permitam assumir o cuidado de si no regresso a casa. Ao longo das entrevistas, foram identificadas pela pessoa idosa as necessidades de informação, cruciais para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria na preparação do regresso a casa, nomeadamente informação sobre possíveis complicações que poderiam surgir e regime alimentar.

Os resultados das entrevistas possibilitaram o acesso à experiência pessoal da pessoa idosa submetida a TAVI e família, indicando-nos quais as

maiores lacunas na intervenção de enfermagem em parceria na preparação do regresso a casa e quais as áreas a desenvolver para a promoção do cuidado de si. Acreditamos também que o desenvolvimento de uma intervenção em parceria possa ajudar a pessoa idosa e família a compreender o que podem esperar do enfermeiro durante o internamento, dando maior visibilidade à profissão de enfermagem.

APÊNDICE IX
ESTUDO DE CASO II

Estudo de caso II

Estudo de caso realizado em contexto hospitalar

A elaboração de um estudo de caso surgiu como uma das metodologias de aprendizagem no desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área da prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa e família, promovendo o cuidado de si no regresso a casa, especificamente após ter sido submetida a TAVI. O estudo de caso permitiu-nos um conhecimento mais aprofundado da pessoa idosa e família e a identificação dos elementos do processo de parceria essenciais para a construção de uma ação conjunta entre enfermeiro e pessoa/família, visando a promoção do cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro, no regresso a casa.

O modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2013, 2016) foi o modelo teórico orientador da prática e da elaboração do presente trabalho. O instrumento de colheita de dados, construído com base no modelo de parceria, e as escalas de avaliação multidimensional da pessoa idosa foram as ferramentas utilizadas para a colheita de dados sobre a pessoa idosa e família.

REVELAR-SE

Nesta primeira fase, o enfermeiro conhece e dá-se a conhecer à pessoa, demonstrando afetividade, disponibilidade e respeito pela pessoa enquanto ser de projetos e cuidados. O enfermeiro demonstra capacidade para compreender e avaliar a situação da pessoa, procurando conhecer o seu potencial de desenvolvimento no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2013, 2016).

Identidade da pessoa idosa

A Sra. M. L., nome pelo qual gosta de ser tratada, tem 85 anos de idade, nacionalidade Portuguesa e é natural do distrito de (X) onde residiu até ao seu casamento. Está casada há mais de 65 anos (não conseguiu fornecer a data precisa) com o atual marido, natural da região de (X), reformado. Conheceram-

se em (X) e devido a exigências profissionais do marido, residiram em duas diferentes cidades, estabelecendo-se posteriormente na cidade atual. Por uma questão de privacidade e confidencialidade de dados omitimos estes elementos.

A Sra. M. L. é filha única. A sua mãe faleceu aos 49 anos após um acidente vascular cerebral e o seu pai faleceu aos 67 anos de idade, vítima de carcinoma do esófago. Tem 3 filhos, o mais velho com 65 anos reside em (X), o filho do meio tem 59 anos, vive em (X) e tem um filho, e a filha mais nova tem 50 anos de idade e tem 2 filhos.

Frequentou a escola, até ao 6.º ano. Era doméstica, gerindo a casa e a educação dos filhos e, simultaneamente, dava explicações de Português e fazia bordados e pinturas, que vendia para lojas de artigos artesanais.

A Sra. M. L. refere ser Católica, devota da Santa Teresinha. Gosta de visitar igrejas e reza esporadicamente.

Contexto de vida da pessoa idosa

A Sr.^a M. L. vive com o marido, de 87 anos, em habitação própria, no mesmo prédio da sua filha mais nova, com diferença de alguns andares. Mudaram-se para lá há alguns anos para poderem estar mais perto da filha, sendo esta o seu grande apoio familiar.

A casa apresenta boas condições de salubridade e de higiene, de acordo com as afirmações da Sra. M. L.. A empregada doméstica realiza as limpezas e as refeições diárias e ajuda na higiene pessoal, garantindo apoio e acompanhamento apenas durante o dia.

De acordo com a Sra. M. L. o seu marido está no início de um processo de demência, demonstrando, por vezes, um comportamento e discurso bruscos, que a deixam desconfortável. Segundo a Sra. M. L., sempre foi ela quem geriu a casa, pois o marido não se interessava pelas coisas da casa nem pela educação dos filhos.

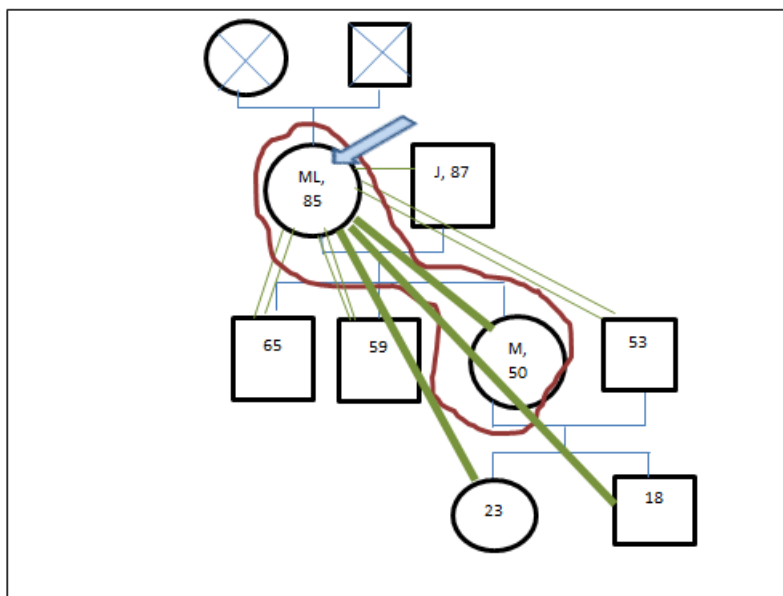
A filha da Sra. M. L. é identificada como o familiar de referência e exerce funções como professora de biologia do ensino secundário. O seu genro é médico num hospital central.

A Sra. M. L. refere que gosta de ver televisão e ler revistas/jornais diários. Infelizmente já não consegue bordar, devido à diminuição da acuidade visual, nem pintar, pois cansa-se muito. Também verbaliza que gostava muito de sair à rua para ir ao café onde poderia conversar com algumas vizinhas e ler os jornais diários, atividade que não faz porque tem medo de cair na rua.

Como rede de apoio, a Sra. M. L. é seguida pelo cardiologista no hospital da sua área de residência. Está inscrita no centro de saúde da área mas raramente frequenta, pelo que não sabe o nome da enfermeira nem do médico de família. A empregada, a filha mais nova e os seus netos são as pessoas mais próximas da Sra. M. L., mostrando grande afetividade e orgulho quando fala deles.

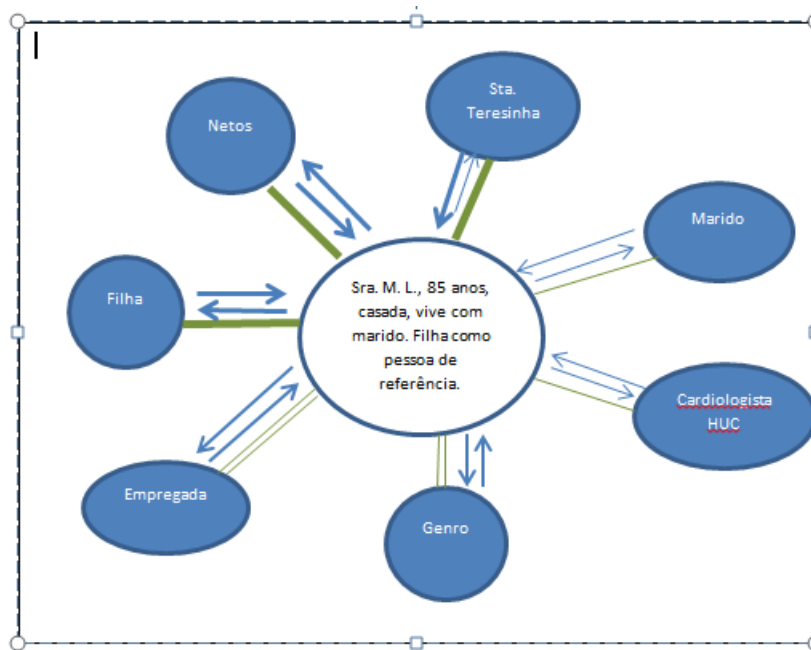
A situação económica da Srª M. L. não parece ser indicadora de problemas, referindo que consegue garantir todas as despesas.

Genograma da família



Legenda:			Morte		Relação distante
	Pessoa índice		Casamento		Relação próxima
	Sexo masculino	ABC, 123	Nome, idade		Relação muito próxima
	Sexo feminino		Família pesquisada		

Ecomapa da família



Legenda:		Relação distante		Fluxo de energia e recursos
		Relação próxima		Relação muito próxima

Contexto de doença da pessoa idosa

A Sra. M. L. foi internada electivamente, por estenose aórtica grave, com indicação para ser submetida a TAVI no dia seguinte.

Antecedentes familiares: a mãe sofria de doença cardíaca e faleceu após um acidente vascular cerebral; o pai morreu devido a carcinoma do esófago.

Antecedentes pessoais:

- estenose aórtica grave;
- patologia osteoarticular degenerativa;
- HTA;
- insuficiência renal crónica;
- dislipidémia.

Internamento em Junho 2016 por Insuficiência Cardíaca Congestiva com disfunção grave do ventrículo esquerdo e doença coronária de 2 vasos.

Realizou angioplastia da coronária Descendente Anterior e foi diagnosticada estenose valvular aórtica grave. Recusou cirurgia cardíaca. Reinternamento em Outubro de 2016 por Edema Agudo do Pulmão. Realizou revascularização coronária da Coronária Direita.

Refere cansaço fácil a médios esforços e edemas dos MIS como a sintomatologia que afeta as suas atividades de vida diária e de lazer.

Não realizou intervenções cirúrgicas. Nega hábitos aditivos e alergias.

Medicação em ambulatório:

Medicação	Dose	Via de administração	Horário					
			Jejum	PA	Alm.	Lanche	Jantar	Deitar
Furosemida	40 mg	Oral		x		x		
Pantoprazol	40 mg	Oral	x					
Bisoprolol	2,5 mg	Oral		x				
Ramipril	2,5 mg	Oral		x				
Spiriva	18 mcg	Inalação x 1		x				
Eliquis	2,5 mg	Oral		x			x	
Clopidogrel	75 mg	Oral			x			
Amiodarona	200 mg	Oral			x			
Aspirina	100 mg	Oral			x			
Alopurinol	100 mg	Oral					x	
Atorvastatina	40 mg						x	
Oxazepam	15 mg	Oral					x	
Quetiapina	50 mg	Oral						X
Fentanilo	25 mg	Transdérmico	Troca de 72/72 horas no período da manhã					

Através da medicação que a Sra. M. L. faz no domicílio podemos verificar que existem algumas patologias que não estão identificadas nos antecedentes pessoais, mas que são bastante importantes no desenvolvimento de uma intervenção em parceria na promoção do cuidado de si e do outro na preparação do regresso a casa. A administração de um broncodilatador de ação prolongada indica-nos que o cansaço a médios esforço que a Sra. M. L. refere, visível durante a nossa interação, pode não estar só associado ao agravamento da estenose aórtica como também a alguma patologia pulmonar obstrutiva. Por sua vez, os beta-bloqueantes e antiarrítmicos prescritos, associados a anticoagulação oral, sugerem a existência de arritmia, que apesar de não estar relatada em relatório clínico, foi identificada através da

monitorização do traçado cardíaco da Sra. M. L. como fibrilhação auricular. A dosagem do anticoagulante está ajustada à doença renal já conhecida.

A prescrição de antipsicótico, associado a uma benzodiazepina, sugere um estado depressivo, falta de motivação, ansiedade ou dificuldade em dormir.

A gestão do regime terapêutico é feita pela filha da Sra. M.L., que faz a divisão dos medicamentos em caixa unidose, com indicação dos dias da semana e do horário da administração. A Sr. M. L. é autónoma na toma da medicação, previamente separada. Para a intervenção da TAVI, o anticoagulante oral foi suspenso 48 horas antes conforme indicação médica.

Hábitos de Vida da pessoa idosa / problemas decorrentes do envelhecimento

A Sra. M. L. é uma pessoa orientada no tempo, espaço e pessoa, apresenta comportamento e atitude adequados, com uma linguagem apropriada e um discurso fluente e perceptível. No entanto, para avaliar as suas capacidades de memória imediata e recente, de atenção e cálculo e de linguagem, considerei pertinente uma avaliação da sua capacidade cognitiva no contexto da avaliação multidimensional do idoso. A escala utilizada foi o **Mini Mental State Examination de Folstein**, resultando num score de 25 pontos que, para a população com menos de 11 anos de escolaridade indica ausência de défice cognitivo.

A Sra. M. L. demonstra boa disposição ao longo da conversa, principalmente quando fala da sua vida passada, as suas atividades lúdicas e de trabalho e dos seus filhos e netos. Relativamente ao seu marido fala com alguma mágoa e tristeza, percebendo-se que a relação é pouco próxima. Uma vez que a Sra. M. L. mantém-se retida em casa por medo de ir à rua sozinha, considerei importante avaliar o impacto psicológico e afetivo do isolamento social que vive, tendo sido aplicada a **Escala de Depressão Geriátrica**, versão curta, obtendo-se um score de 11, indicador de depressão grave.

À observação, a Sra. M. L. apresenta cabelo grisalho liso, pele e mucosas coradas e hidratadas, com integridade cutânea. Refere diminuição da acuidade auditiva à esquerda e diminuição da acuidade visual bilateralmente,

utilizando óculos. Sem alterações no olfato ou tato. A nível respiratório apresenta cansaço fácil a médios esforços, mantendo uma conversa fluida sem dificuldades.

De acordo com a **Classificação Funcional da Marcha de Holden**, a Sra. M. L. apresenta marcha de categoria 2, dependente nível 1, necessitando de ajuda mínima para manter o equilíbrio e a coordenação. A Sra. M. L. utiliza um tripé no domicílio para a ajudar na marcha. Na avaliação do risco de quedas utilizou a **escala de Morse** e obteve-se um score de 35 pontos, indicador de um nível de risco médio, sendo recomendado a implementação de precauções padronizadas contra quedas.

A avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa é importante para o desenvolvimento de uma ação conjunta para a promoção do cuidado de si no regresso a casa. Foi avaliada a autonomia na realização das atividades instrumentais de vida diária, através da **escala de Lawton & Brody**, cujo score 3 revela dependência grave na realização das atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade.

Na avaliação da sua autonomia para a realização das atividades de vida diária utilizámos o **índice de Barthel**. O score 14 do índice de Barthel revela que a Sra. M. L. apresenta dependência moderada para realizar as atividades básicas, necessitando de ajuda em algumas atividades como a higiene e eliminação vesical, uma vez que é incontinente (usa fralda).

A Sra. M. L. não tem dificuldades de deglutição nem mastigação; tem falta de várias peças dentárias ao nível da arcada superior e inferior do maxilar, usando prótese dentária superior e inferior. Relativamente à alimentação, não refere alergias conhecidas. Habitualmente faz 4 refeições diárias (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar), e não refere preferências alimentares, além de ser muito gulosa. Refere não ter tido diminuição de apetite ou perda de peso recente.

A nível da eliminação, como foi já referido, apresenta incontinência vesical, utilizando fralda, e não apresenta alterações a nível da eliminação intestinal.

A nível da higiene pessoal a aparência é cuidada. No domicílio, a Sra. M. L. conta com a ajuda da empregada para a realização da higiene na casa de

banho. Refere que dorme habitualmente durante toda noite desde que a dose de Quetiapina foi aumentada, uma vez que sofria de insónias.

A Sra. D. refere não sentir dor atualmente, mantendo a administração do analgésico opióide prescrito.

Tendo em conta o grau de dependência da Sra. M. L. na realização das atividades de vida diária, torna-se pertinente avaliar o risco de úlceras de pressão, sendo o score da **escala de Braden** de 19 pontos, ou seja, baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

A informação obtida através da avaliação multidimensional possibilita um melhor conhecimento da pessoa idosa, o que permitirá a compreensão da sua situação, a definição de objetivos comuns, o planeamento de intervenções e a realização de um trabalho em parceria para um melhor cuidado de si e do outro.

ENVOLVER-SE

A segunda fase do modelo de parceria caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade e confiança, onde o enfermeiro mostra disponibilidade, capacidade de partilha e procura a singularidade da pessoa. O enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa, avaliar a sua situação e perceber a capacidade de desenvolvimento de autonomia, através dos seus conhecimentos, capacidades e recursos, propondo soluções adequadas e centradas na pessoa (Gomes, 2013). Além disso, o enfermeiro deve manter uma comunicação efetiva com a pessoa idosa e família, clarificar a informação, gerindo individualmente as expectativas e preocupações, fornecer informação sobre os cuidados após o procedimento e possíveis complicações, de modo a que a pessoa idosa e família possam tomar uma decisão informada sobre seus cuidados (Frame & Barker, 2015).

Conhecer A Singularidade Da Pessoa Idosa

No momento da admissão no serviço da Sra. M. L. foi possível o contacto com a doente, a sua filha, identificada como pessoa de referência, e o

seu genro. Apresentei-me e apresentei o serviço, entregando o guia de acolhimento à Sra. M. L. e família, explicando as informações nele contidas e esclarecendo eventuais dúvidas.

A Sra. M. L. afirmou ter recusado cirurgia cardíaca para tratar a sua estenose aórtica grave por ser uma cirurgia grande com elevados riscos. A intervenção de TAVI pareceu-lhe menos invasiva, com internamento mais curto e com menores riscos para ela. A Sra. M. L. salientou que a opinião do seu genro, cirurgião geral, ajudou-a na tomada de decisão. Quanto ao procedimento a realizar, referiu ter-lhe sido explicado como iria decorrer, tendo sido informada e esclarecida para assinar o consentimento informado. A Sra. M. L. espera com o tratamento sentir menos cansaço a realizar as atividades do dia-a-dia, desejando poder ir mais vezes à rua. A Sra. M. L. e filha foram informadas sobre a necessidade de jejum a partir das 0h do dia da TAVI e sobre os cuidados de enfermagem imediatos após o procedimento. As possíveis alterações dos hábitos de vida decorrentes do internamento foram abordadas, ao que a Sra. M.L. e filha referiram ter tido essa experiência nos recentes internamentos anteriores.

Neste primeiro momento de interação, solicitei autorização para realizar algumas questões, no sentido de elaborar a história de saúde e conhecer o contexto de vida da Sra. M. L., que me foi concedida. Após esta primeira abordagem, pedi autorização para a aplicação de escalas de avaliação multidimensional da pessoa idosa, explicando a sua utilidade para os cuidados de enfermagem durante o internamento. Em todas as intervenções apresentei uma postura tranquila e facilitadora do estabelecimento de uma relação de confiança, adotando posições que permitiam o contacto visual. Neste caso, sentava-me junto do leito ou do cadeirão da Sra. M. L.. Ao longo dos vários turnos, fui conversando com a Sra. M. L., e quando possível, com a sua filha, explicando o objetivo das entrevistas e da utilização de escalas para a avaliação multidimensional da Sra. M. L., tendo sido apresentadas as pontuações/resultados das diferentes avaliações. Foram destacados os aspectos com pontuações consideradas alteradas relativamente ao padrão, o que motivou a conversa e a reflexão sobre o que poderia ser feito para melhorar. A filha da Sra. M. L. permaneceu junto da mãe durante a primeira

semana de internamento, sendo possível um maior contacto com ela, tendo regressado ao trabalho posteriormente.

Na avaliação da escala de depressão geriátrica, a Sra. M. L. obteve um score de 11, indicador de depressão grave. A Sra. M. L. identificou o facto de não sair de casa e a sua difícil relação com o marido como as principais causas de se sentir triste: “Eu gostava muito de ir para o café ler as notícias do dia, dos três jornais da região, mas tenho medo de ir sozinha e cair.”; “ É muito difícil, sabe?! O meu marido, com a demência, é muito brusco a falar...”.

O score da escala de Morse indica um risco de queda de nível médio, compreendendo-se o seu medo de cair, principalmente na rua. A classificação funcional da marcha de Holden classificou a sua dificuldade na marcha com score 2, marcha dependente nível 1, situação que a limita na realização das atividades de vida diária, principalmente atividades funcionais. Tal como pudemos verificar, a **escala de Lawton & Brody**, aplicada à Sra. M. L., revelou dependência grave na realização das atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade. O grau de dependência na marcha contribuiu para as limitações na realização das atividades funcionais de vida diária da Sra. M. L. e para a sensação de tristeza que referia por não sair de casa como gostaria. Esta dependência não é tão acentuada na realização das atividades básicas de vida diária. O score 14 do **índice de Barthel** revelou que a Sra. M. L. apresentava dependência moderada para realizar as atividades básicas, necessitando de ajuda em algumas atividades como a higiene e eliminação vesical. A Sra. M. L. tinha alguma dificuldade em admitir a sua incontinência urinária, referindo que usa fralda apenas por perdas pontuais de urina quando tosse ou faz um esforço. A sua filha, na ausência da mãe, referiu que, na maioria das vezes, a mãe não tem a perceção da necessidade de utilizar arrastadeira ou ir à casa de banho.

A existência de empregada no período diurno, mais especificamente duas empregadas que alternam os dias de trabalho, e de viverem no mesmo prédio é um fator bastante positivo para a Sra. M. L. e para a sua filha, referindo sentirem-se bastante seguras quanto à capacidade de ajuda e socorro quando necessário ou em situações mais graves. A filha da Sra. M. L.

referiu que passa pela casa dos pais todos os dias, certificando-se que ficam bem durante a noite.

Conhecer os recursos da pessoa idosa

A identificação dos recursos (internos e externos) possíveis de mobilizar para realizar as intervenções propostas é essencial. A Sra. M.L. referiu sentir-se uma privilegiada, pois considerava que tinha todo o apoio que necessitava na sua vida. De acordo com a informação obtida através da própria e da sua filha, pudemos identificar como recursos:

- a Sr^a M. L., que demonstrava ser uma pessoa comunicativa, com muita força de vontade, e que gostava de conversar. A devoção a Sta. Teresinha conferia-lhe uma grande força e coragem;
- a filha da Sra. M.L., identificada como familiar de referência, com disponibilidade para acompanhar a mãe durante a primeira semana de tratamento, e no regresso a casa devido à proximidade de moradas.
- o genro da Sra. M.L., que devido à sua atividade profissional surgia como recurso de conhecimento para as tomadas de decisão na área da saúde;
- as empregadas domésticas, que constituíam o apoio diário essencial para a realização das atividades diárias da Sra. M.L.;
- o médico cardiologista.

POSSIBILITAR/CAPACITAR

Nesta 3.^a fase do modelo de parceria pretende-se transformar as capacidades potenciais da Sra. M.L. em capacidades reais, através de uma ação e objetivos predefinidos em conjunto, com vista à capacitação da pessoa para assumir o cuidado de si. Aproveitando a disponibilidade da sua filha no acompanhamento do tratamento da mãe, é igualmente importante planear, conjuntamente, intervenções que a capacitem para o cuidado de si própria e para assegurar o cuidado da sua mãe caso seja necessário.

Uma vez que a avaliação cognitiva da Sr. M.L. não revelava alterações, a partilha de informação, a reflexão e a negociação permitiu o estabelecimento

de objetivos comuns no plano de cuidados. Durante o internamento foi importante a análise conjunta com a Sra. M. L. e a sua filha sobre as avaliações realizadas e o modo como, em conjunto, se poderia promover a autonomia e melhorar o conforto e bem-estar da Sra. M. L., contribuindo para a sua rápida recuperação.

A Sra. M.L. foi internada no dia 29 de Novembro de 2016, tendo sido submetida a TAVI no dia seguinte sob anestesia geral, com ventilação mecânica através de tubo orotraqueal. O acesso arterial utilizado para entrega da prótese valvular aórtica foi a artéria femoral direita, com posterior encerramento com Angioseal. Na veia femoral esquerda foi colocada bainha venosa, com electrocateter conectado a gerador externo (pacemaker). O procedimento decorreu sem intercorrências relevantes. A Sra. M.L. acordou da anestesia sem dificuldades e manteve ventilação espontânea. Após o procedimento, a Sra. M.L. foi transferida para a unidade de cuidados intensivos, mantendo sempre monitorização dos sinais vitais e traçado cardíaco. Durante o internamento, a Sra. M.L. apresentou alterações do ritmo cardíaco com período transitório de bloqueio auriculoventricular, dependente de pacemaker durante 48h, com conversão a ritmo de fibrilhação auricular e posteriormente ritmo sinusal com bloqueio completo de ramo esquerdo, já documentado. Esta intercorrência obrigou a repouso no leito durante esse período para manutenção do *pacemaker* provisório através da veia femoral esquerda, que apenas foi retirado no dia 3 de Dezembro, resultando em 3 dias de mobilidade muito reduzida. No dia 3, inicia quadro de queixas álgicas e edema da mão esquerda, identificada como uma crise de gota pelo médico assistente, que lhe prescreveu colquicina. Decorrente da administração deste fármaco, inicia quadro de diarreias, com consequente agravamento da função renal e necessidade de hidratação oral, soroterapia e análises de sangue diárias, prolongando o tempo de internamento.

O levante da cama para o cadeirão foi possível no dia 4 de Dezembro, tendo sido transferida para a enfermaria, mantendo monitorização cardíaca 24h/dia.

Durante o internamento manteve a medicação prescrita em ambulatório, tendo sido associada Enoxaparina 40 mg 2 x dia. A anticoagulação oral com

Eliquis foi reiniciada no dia 5 de Dezembro, posteriormente alterada pelo médico assistente para *Varfine*. Devido às alterações de condução elétrica, com traçado cardíaco de ritmo sinusal com bloqueio de ramo esquerdo, o médico assistente suspendeu administração de *Amiodarona* e *Bisoprolol*.

Durante o internamento, os cuidados de enfermagem tinham o objetivo de evitar complicações e proporcionar conforto e bem-estar, promovendo a funcionalidade da Sra. M. L., de acordo com as suas capacidades reais e potenciais. Todos os cuidados prestados foram novamente explicados à Sra. M.L. e filha, e validada a sua compreensão. A Sra. M. L. não teve alterações do seu estado neurológico, mantendo-se orientada nas três vertentes; não ocorreram fenómenos hemorrágicos a nível do acesso vascular nem se verificaram sinais ou sintomas de infeção local ou sistémica. Relativamente a alterações dos hábitos de vida da Sra. M. L. decorrentes do internamento, a Sra. M. L. referiu alteração do padrão de sono nos primeiros dias após o procedimento, associado a desconforto; limitações na mobilidade devido a repouso obrigatório no leito nos primeiros 5 dias; e alterações na eliminação intestinal devido a diarreias. A possível necessidade de *pacemaker* definitivo antes do regresso a casa foi também discutida com a Sra. M. L., sua filha, equipa de enfermagem e médico assistente.

A medicação prescrita durante o internamento não divergia da medicação em ambulatório, pelo que, ao validar-se o conhecimento a Sra. M.L. e filha quanto à terapêutica, identificou-se a capacidade de gestão terapêutica, uma vez que sabiam os nomes, efeitos desejáveis e secundários, assim como a dosagem e hora de administração. A alteração do anticoagulante oral de *Eliquis* para *Varfine* foi a situação que deixou a filha da Sra. M.L. preocupada, uma vez que estava habituada a administração do *Eliquis* que não exige ajuste de dose terapêutica de acordo com a avaliação do valor de INR (razão internacional normalizada) para controlo da coagulação. Todavia, após ter sido explicada a necessidade de mudança de anticoagulante pelo médico assistente, a filha da Sra. M. L. sentiu-se mais esclarecida e tranquila.

Em conjunto com a Sra. M. L. e sua filha foram identificados alguns cuidados em que ela poderia colaborar e ser mais autónoma. Relativamente à atividade de higiene pessoal, foi discutida a possibilidade da Sra. M. L. lavar

autonomamente a face e membros superiores enquanto mantinha repouso no leito e, mais tarde, na realização da higiene na casa de banho, lavar cabeça, face, membros superiores e tronco; realizar higiene oral e pentear-se, explicando a importância da manutenção da capacidade funcional e promoção da sua autonomia durante o internamento e no regresso a casa. A nível da mobilidade e da atividade, foi discutida a hipótese de a Sra. M. L. posicionar-se no leito, mantendo o membro inferior esquerdo o mais imóvel possível, sem o fletir. Após o levante, e uma vez que a Sra. M.L. usava tripé como auxiliar de marcha no domicílio, foi facultado o andarilho do serviço para poder deambular pelo corredor, mantendo-se a monitorização cardíaca com telemetria e a supervisão na marcha.

Durante o internamento, foram explicados e, posteriormente validados, os cuidados necessários para despiste de complicações vasculares, hemorrágicas e infecciosas, e foi identificado o dispositivo de encerramento vascular implantado na artéria femoral direita e os cuidados inerentes à sua manutenção. A Sra. M.L. verbalizou que “não sabia que ia ficar com isso (Angioseal) na virilha”, pelo que foi explicada a sua utilidade no controlo de hemorragia após o procedimento. A Sra. M.L. e a sua filha mostraram-se sempre disponíveis para participar nos cuidados de enfermagem, procurando informação e esclarecimentos na presença de dúvidas ou preocupações.

Uma das preocupações da equipa de enfermagem foi a depressão grave identificada na avaliação inicial. A Sra. M.L. identificava o facto de não sair de casa como um aspeto negativo da sua vida, pelo que foram discutidas com a própria e a sua filha a hipótese de ir ao café, como gostaria, uma ou duas vezes por semana, sendo acompanhada no trajeto por uma das empregadas.

COMPROMETER-SE

Nesta fase é crucial o desenvolvimento de esforços mútuos para realizar as intervenções e alcançar os objetivos predefinidos em conjunto. Deste modo, foi realizado o plano de cuidados com as intervenções definidas em conjunto, com o objetivo de promover o cuidado de si, ou capacitar o cuidador a assegurar o cuidado do outro. Todas as atividades, definidas em parceria,

visam a promoção da autonomia da Sra. M. L. de acordo com as suas capacidades, decisões e projeto de vida.

No plano de cuidados estão identificados os problemas, os resultados esperados, os recursos mobilizados, as intervenções de enfermagem e os compromissos assumidos pela Sra. M. L. e filha, durante o internamento e no regresso a casa.

Plano de cuidados em parceria da Sra. M. L.

Problemas identificados	Resultados esperados	Recursos mobilizados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Atividade física prejudicada <u>relacionada com:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - necessidade de repouso no leito; - diminuição do equilíbrio e coordenação na marcha, <u>manifestada por:</u> - necessidade de dispositivo auxiliar de marcha; - score 14 no índice de Barthel; - Score 3 na escala de Lawton & Brody. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que a Sra. M. L. alcance maior autonomia na realização das AVDs, nomeadamente na higiene pessoal e mobilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da Sra. M.L. e filha; - Empregadas domésticas; - Tripé 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a Sra. M.L. a lavar o rosto, os dentes, os membros superiores e a pentear-se enquanto em repouso no leito; - Incentivar a Sra. M.L. a posicionar-se no leito, mantendo repouso do membro inferior esquerdo (manutenção do pacemaker); - Incentivar a Sra. M.L. a realizar higiene no WC, realizando a higiene da cabeça, face, tronco e MS; higiene oral e pentear-se; - Incentivar a Sra. M.L. a realizar pequenas caminhadas no corredor do serviço com ajuda do andarilho; - Pedir à filha da Sra. M.L. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a higiene do rosto, dentes, membros superiores e pentear-se sozinha com supervisão; - Posicionar-se autonomamente no leito com supervisão; - Realizar higiene no WC com ajuda parcial das AO/ empregadas no domicílio; - Realizar pequenas caminhadas no corredor do serviço com auxiliar de marcha, com supervisão; - A filha da Sra. M. L. compromete-se a trazer o tripé no seu regresso de casa.

			para trazer tripé quando for a casa; - Dar tempo e espaço para que a Sra. M. L. faça as atividades sozinha; - Supervisionar a Sra D. a realizar as atividades que consegue fazer sozinha.	
Risco de queda relacionado com diminuição de equilíbrio e coordenação na marcha, manifestada por risco de queda de nível médio (escala de Morse).	- Que a Srª M. L. não apresente quedas.	- Envolvimento da Sra. M.L. e filha; - Empregadas domésticas; - Tripé	- Incentivar a Sra. M.L. a realizar pequenas caminhadas no corredor do serviço com ajuda do andarilho; - Explicar a importância da marcha por períodos ao longo da casa, com o auxílio do tripé; - Estimular o uso de calçado e adequado para que se desloque confortavelmente em segurança; - Incentivar a remoção de todos os tapetes do domicílio e a manutenção dos	- Realizar pequenas caminhadas no corredor do serviço com auxiliar de marcha, com supervisão; - A filha da Sra. M. L. compromete-se a explicar às empregadas domésticas a importância da Sra, M.L. realizar pequenas caminhadas em casa; - A filha da Sra. M. L. compromete-se a explicar às empregadas domésticas a importância de manter os percursos livres de tapetes e objetos que ponham em

			percursos desimpedidos, mantendo a segurança.	risco a segurança da Sra. M.L. durante as caminhadas.
Depressão grave , identificada pelo score 11 da escala de depressão geriátrica e manifestada pelo desejo de sair à rua, ir ao café ler os jornais.	<ul style="list-style-type: none"> - Que a Sra. M. L. consiga sair à rua acompanhada, de forma segura; - Diminuir sentimentos depressivos; - Prevenir isolamento social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da Sra. M. L. e filha; - Empregadas domésticas; - Tripé; - Estabelecimento público (Cafetaria); 	<ul style="list-style-type: none"> - Negociar com a Sra. M.L. e sua filha a hipótese de uma empregada doméstica acompanhar a Sra. M.L. no trajeto casa-café-casa; - Incentivar a Sra. M.L. a programar pelo menos duas saídas de casa por semana; - Incentivar a Sra. M. L. a conversar com as empregadas domésticas, vizinhas que encontre na rua e família sobre acontecimentos do mundo e situações do passado que lhe tragam recordações felizes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programar nas tarefas das empregadas domésticas o acompanhamento da Sra. M.L. no trajeto casa- café-casa; - Sair à rua para ir ao café, pelo menos, duas vezes por semana. - Conversar sobre diversas situações/episódios do quotidiano e do passado.
Conhecimento diminuído sobre os cuidados com o membro intervencionado, relacionado com a implantação de dispositivo	Que a Sra. M. L. assuma o controlo do cuidado de si no regresso a casa, no despiste e controlo de complicações hemorrágicas, vasculares e	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da Sra. M. L. e filha; - Genro da Sra. M. L.; - Empregadas domésticas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o dispositivo de encerramento vascular (Angioseal) implantado no membro inferior direito; - Explicar a importância da 	<ul style="list-style-type: none"> - A Sra. M. L. e filha reconhecem a necessidade de vigilância do membro inferior direito; - A Sra. M. L. e filha sabem

de encerramento vascular, manifestado por frases como “não sabia que ia ficar com isso na virilha”.	infeciosas do membro intervencionado.		<p>vigilância da virilha direita quanto a presença de hemorragia ou hematoma; sinais inflamatórios ou alterações da cor, temperatura e sensibilidade do membro;</p> <ul style="list-style-type: none">- Incentivar a Sra. M. L. a vigiar o membro inferior direito quanto aos aspetos referidos;- Incentivar a Sra. M. L. a informar o seu genro sobre qualquer alteração do seu estado de saúde, sinal ou sintoma de complicações.- Explicar à Sra. M.L. e filha a importância de guardar o cartão de identificação do Angioseal durante 90 dias;- Explicar à Sra. M.L. e filha a importância de informar o médico da existência implantação de Angioseal na	<p>avaliar a presença de hemorragia/hematoma, sinais inflamatórios e alterações de sensibilidade do membro inferior direito;</p> <ul style="list-style-type: none">- A Sra. M. L. compromete-se a informar o seu genro de qualquer alteração ou problema na sua situação de saúde;- A Sra. M. L. e filha reconhecem a necessidade de identificação do Angioseal durante 90 dias, guardando o cartão de identificação e informando o médico em caso de nova intervenção.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			artéria femoral direita em caso de nova intervenção através desse acesso vascular.	
Ansiedade da filha da Sra. M. L. relacionada com alteração do anticoagulante oral prescrito, manifestada por preocupação no controlo do INR.	Que a filha da Sra. M. L. compreenda a necessidade de mudança do anticoagulante oral, diminuindo a preocupação e ansiedade.	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da Sra. M. L. e filha; - Genro da Sra. M. L.; - Médico assistente 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar junto do médico assistente um esclarecimento quanto à necessidade de alteração do anticoagulante oral prescrito; - Informar a Sra. M. L. e a filha sobre os cuidados na administração do Varfine: controlo dos valores de INR; risco aumentado de hemorragia; - Incentivar a filha da Sra. M. L. a conversar com o seu marido sobre dúvidas na terapêutica prescrita e riscos associados, após o regresso a casa, de forma a ficar mais esclarecida; - Identificar estratégias com a Sra. M. L. e filha para 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedir esclarecimento ao médico assistente sobre a alteração do regime terapêutico; - Preparar a terapêutica para administração semanal (caixa unidose) de acordo com a prescrição; - Informar a Sra. M. L. das alterações nos valores de INR e ajuste terapêutico; - Vigiar presença de eventos hemorrágicos; - Pedir colaboração das empregadas domésticas na supervisão da toma dos medicamentos pela Sra. M. L. e na vigilância de eventos hemorrágicos; - Programar a avaliação do

			avaliação periódica do INR, com ajuste terapêutico.	INR e ajuste terapêutico, com a colaboração do genro da Sra. M. L..
--	--	--	-----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Na última fase do modelo de parceria, a pessoa encontra-se informada e assume o controlo do cuidado de si para o desenvolvimento do seu projeto de vida e saúde ou, no caso de a pessoa não ter capacidade para tal, a família adquiriu competências para assegurar o cuidado ao outro.

O internamento da Sra. M. L. foi longo, de 14 dias, dando tempo à equipa de enfermagem para disponibilizar informação, esclarecer dúvidas, promover a autonomia a nível da atividade física e permitir à Sra. M. L. que assumisse o cuidado de si e à sua filha para assegurar o cuidado da mãe, quando esta não tem capacidade. No dia da alta hospitalar, dia 13 de Dezembro, foram validados os conhecimentos da Sra. M. L. e filha para assumir os cuidados no regresso a casa (tabela 1), de modo a prosseguir o seu trajeto de vida.

Tabela 1 – Avaliação dos cuidados assumidos pela Sra. M. L. ou assegurados pela filha para o cuidado de si e do outro no regresso a casa.

CUIDADOS PARA DESPISTE DE COMPLICAÇÕES		
Despiste de complicações vasculares		<ul style="list-style-type: none">- A Sra. M. L. e filha identificam a artéria femoral direita como acesso vascular intervencionado;- A Sra. M. L. e filha enumeram os aspetos a vigiar para despiste de hemorragia ou hematoma: presença de sangue ou edema com ou sem coloração escura na virilha direita;- A Sra. M. L. e filha enumeram os aspetos a vigiar para despiste de hipoperfusão periférica do membro intervencionado: diminuição de temperatura, alteração da cor ou diminuição da sensibilidade, unilateralmente.
		<ul style="list-style-type: none">- A Sra. M. L. e filha identificam a artéria femoral direita onde foi colocado o dispositivo de encerramento vascular (Angioseal);- A Sra. M. L. e filha explicam a necessidade de identificação do dispositivo de encerramento vascular no prazo de 90 dias;- A Sra. M. L. e filha têm em sua posse o cartão de identificação Angioseal.
Despiste de infeção		<ul style="list-style-type: none">- A Sra. M. L. e filha possuem termómetro digital para avaliação da temperatura axilar;- A Sra. M. L. e filha sabem avaliar temperatura corporal e analisar os valores no termómetro digital;- A Sra. M. L. e filha explicam a necessidade de avaliação da temperatura corporal 1x dia e em SOS;

	- A Sra. M. L. e filha enumeram os aspetos a vigiar para despiste de infeção no local de acesso vascular direito: presença de dor, calor, rubor ou exsudado.
GESTÃO E ADESÃO TERAPÊUTICA	
<ul style="list-style-type: none"> - A filha da Sra. M. L. faz a gestão da medicação (compra, identificação e distribuição); - A filha da Sra. M. L. identifica: <ul style="list-style-type: none"> - os fármacos prescritos e qual o seu efeito; - a dosagem prescrita; - a via de administração; - a hora de administração; - A Sra. M. L. e filha identificam as estratégias de adesão terapêutica: <ul style="list-style-type: none"> - utilização de caixas unidose para distribuição dos medicamentos semanal (divididos por dias da semana e hora de administração); - as empregadas recebem indicações para lembrar a Sra. M. L. da toma da medicação; - a filha da Sra. M. L. monitoriza diariamente a caixa unidose para identificação de falhas na toma da medicação; - a Sra. M. L. e filha identificam os fármacos e o seu efeito, compreendendo a necessidade da sua administração de acordo com a prescrição médica; - a Sra. M. L. e filha identificam a necessidade de contactar o médico para mudar a prescrição dos medicamentos, em caso de alteração do estado de saúde. 	
VIGILÂNCIA DE SAÚDE	
<ul style="list-style-type: none"> - A Sra. M. L. e filha conhecem o seu percurso após a alta hospitalar: aguarda marcação da próxima consulta médica de cardiologia; - A pessoa identifica os sinais e sintomas que, na sua ocorrência, deverá recorrer ao médico assistente ou médico privado; - A pessoa reconhece a necessidade de manter a vigilância de saúde (Sra. M. L. não faz vigilância de saúde no centro de saúde da área, mas sim em consulta privada). 	
PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS	
Hábitos de vida	Atividades a desenvolver
- Sono e repouso	<ul style="list-style-type: none"> - A Sra. M. L. e filha identificam a medicação ansiolítica/indutora do sono a manter no domicílio; - A Sra. M. L. e filha identificam a necessidade de alternar períodos de repouso e atividade durante o dia.
- Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> - A Sra. M. L. e filha identificam as restrições de sal e gorduras na sua dieta; - A Sra. M. L. e filha identificam a necessidade de diminuir o consumo de açúcar, visto a Sra. M. L. assumir-se muito gulosa.
- Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> - A Sra. M. L. e filha identificam estratégias para promover a mobilidade, a iniciar após o internamento: - Realizar higiene o mais autónoma possível; - Caminhadas em casa com a ajuda do tripé; - Saídas de casa para ir ao café com apoio e supervisão da empregada; - Aumento gradual do tempo de caminhada, realizando percursos mais longos; - Subida de escadas, com pausas regulares para recuperação cardíaca e respiratória.

Foram validados os compromissos assumidos em plano de cuidados, de modo a promover mobilidade e atividade física da Sra. M. L. de forma

adequada e segura, a gerir a terapêutica prescrita corretamente e a diminuir o isolamento social e a tristeza.

A carta de alta de enfermagem, entregue à Sra. M. L., possui um resumo do internamento, as alterações na realização das atividades de vida diária ocorridas e que se mantêm, assim como um resumo dos cuidados necessários para despiste de complicações e para promoção dos hábitos de vida saudáveis, adequados à sua situação clínica. A identificação do Angioseal e o local de implantação é também mencionado na carta de enfermagem, caso a Sra. M. L. e a sua filha se esqueçam de o mencionar ou apresentar o respetivo cartão em caso de reinternamento hospitalar ou nova intervenção cirúrgica.

Referências Bibliográficas

- Egerod, I., Nielsen, S., Lisby, K., Darmer, M. & Pedersen, P. (2014). Immediate Post-operative Responses to Transcatheter Aortic Valve Implantation: An observational study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 14(3), 232–239. DOI: 10.1177/1474515114525521.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer Spices. A framework of six 'marker conditions' can help focus assessment of hospitalized older patients. *Journal of American Nursing*, Vol. 107 (10), 40-48.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.
- Lauck ,S., Mackay ,M., Galte , C. & Wilson, M. (2008). A new option for the treatment of aortic stenosis: percutaneous aortic valve replacement. *Critical Care Nurse*, 28(3), 40-51.
- McRae, M., Rodger, M., Bailey, B. (2009). Transcatheter and Transapical Aortic Valve Replacement. *Critical Care Nurse*, Vol. 29 (1), 22-38. DOI: 10.4037/ccn2009553.
- Madden, A., Hill, E. (2009). Treatment of older patients with aortic valve stenosis. *Nursing Standard*. Vol. 24 (12), 42-48.

Otto C., Kumbhani D., Alexander K., Calhoon J., Desai M., Kaul S., Lee J., Ruiz C., Vassileva C. (2017). ACC Expert Consensus Decision Pathway for Transcatheter Aortic Valve Replacement in the Management of Adults with Aortic Stenosis. *Journal of the American College of Cardiology*. DOI: 10.1016/j.jacc.2016.12.006.

Panos, A., George, E. (2014). Transcatheter Aortic Valve Implantation Options For Treating Severe Aortic Stenosis in the Elderly. The Nurse's Role in Postoperative Monitoring and Treatment. *Dimensions of Critical Care of Nursing*. Vol. 33 (2), 49-56. DOI: 10.1097/DCC.000000000000023.

Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; Outubro.

APÊNDICE X
GUIÃO PARA REFLEXÃO SOBRE OS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA
SUBMETIDA A TAVI E FAMÍLIA

Guião para reflexão sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família

Aos enfermeiros do serviço

Este trabalho insere-se no percurso académico do 7º Curso de Pós-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa, na ESEL, no âmbito do projeto de estágio sobre a temática «preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a implantação de válvula aórtica transcater: a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família».

Com o preenchimento deste questionário pretende-se melhorar a parceria com a pessoa idosa/família submetida a TAVI, visando capacitá-las para assumir o cuidado de si de forma eficaz.

As respostas são confidenciais, não existindo respostas certas ou erradas.

No momento de admissão da pessoa idosa que será submetida a TAVI

1. Descreva os aspetos abordados no acolhimento?

2. Qual a informação que considera pertinente colher para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família a fim de promover o cuidado de si?

Durante o internamento de uma pessoa idosa submetida a TAVI

3. Descreva como desenvolve uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família no sentido de ajudá-la a assumir o cuidado de si.

4. Quais as dificuldades sentidas, no processo de parceria com a pessoa idosa e família, para a capacitar a assumir o cuidado de si?

5. O que sugere ser necessário para conhecer a pessoa idosa e o seu potencial de desenvolvimento, de modo a construir uma parceria que promova o controlo do cuidado de si?

Grata pela colaboração!

APÊNDICE XI
CONSENTIMENTO INFORMADO AOS ENFERMEIROS

Consentimento informado aos enfermeiros

Sr. (a) Enfermeiro(a)

Convido-o (a) a colaborar num projeto de estágio sobre a temática a “preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a implantação de válvula aórtica transcater: a intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família”, que envolve a participação dos doentes e dos seus familiares.

Este projeto de estágio está a ser realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com especialização Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa Idosa, sob a orientação da Professora Doutora Idalina Gomes.

A finalidade deste projeto é promover o cuidado de si da pessoa idosa submetida a implantação de válvula aórtica transcater e sua família no regresso a casa, de modo a que possam gerir de forma eficaz a sua recuperação.

Pretende-se a sua participação numa reflexão sobre os cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa e família desde a sua admissão à preparação do regresso a casa.

A sua participação no presente projeto é confidencial e de caráter voluntário, podendo em qualquer altura negar o seu consentimento.

Assinatura do responsável pelo projeto _____
(Enf.^a Liliana Silva)

Lisboa, __/__/__

Declaro ter compreendido a informação que me foi dada sobre o projeto e a minha participação no mesmo. Fui informado (a) do meu direito de confidencialidade e de recusa na participação do presente projeto em qualquer momento.

Consinto em participar voluntariamente neste projeto.

Nome do enfermeiro _____
Assinatura _____

Lisboa, __/__/__

APÊNDICE XII
ANÁLISE DAS NARRATIVAS DOS ENFERMEIROS

Análise das narrativas dos enfermeiros

No período de 24 de Outubro a 11 de Novembro foi pedido a todos os enfermeiros do serviço que refletissem sobre os cuidados prestados às pessoas idosas internadas para realização de TAVI e família, sendo essa reflexão orientada por 5 questões. As reflexões sobre essas questões constituem as narrativas dos enfermeiros, que foram sujeitas a análise segundo as fases do modelo de parceria (Gomes, 2013, 2016).

A equipa de enfermagem era composta, no período referido, por 24 enfermeiros, sendo que dois elementos se encontravam de férias, não estando contemplados na população em estudo. Do total de 22 enfermeiros, participaram 14, constituindo cerca de 63% da população total.

Nas suas narrativas, os enfermeiros descreveram os aspetos abordados no acolhimento da pessoa idosa que será submetida a TAVI e família (uma vez que a pessoa é internada na véspera do procedimento), surgindo vários pontos comuns a considerar:

- Explicação sobre o procedimento - 7 referências;
- Esclarecimento de dúvidas e preocupações sobre o procedimento – 3 referências;
- Explicação sobre complicações e riscos – 2 referências;
- Explicação sobre cuidados pós-procedimento – 3 referências;
- Informação quanto ao tempo de internamento – 2 referências;
- Apresentação do serviço, espaço, normas e rotinas (guia de acolhimento) – 13 referências;
- Apresentação da equipa de saúde – 3 referências;
- Realização de cuidados pré-procedimento – 1 referência;
- Conhecimento dos antecedentes pessoais de saúde da pessoa idosa – 3 referências;
- Conhecimento dos antecedentes familiares de saúde da pessoa idosa – 1 referência;
- Conhecimento do grau de dependência/autonomia da pessoa idosa – 4 referências;
- Conhecimento da situação atual de saúde da pessoa idosa (sinais e sintomas/ afeção da doença na sua vida) – 2 referências;
- Conhecimento do estilo de vida da pessoa – 1 referência;
- Conhecimento sobre a situação sociofamiliar da pessoa idosa/ rede de apoio – 4 referências;
- Contacto da pessoa de referência -1 referência;
- Avaliação do conhecimento sobre o procedimento - 2 referências.

O acolhimento da pessoa idosa e família é crucial para o conhecimento daquela pessoa singular e da sua família, e permite o seu envolvimento na equipa de saúde, considerando-se este primeiro contacto crucial para o desenvolvimento de um trabalho em parceria para a promoção do cuidado de si e preparação do regresso a casa. De acordo com o modelo de parceria, na primeira fase, Revelar-se, o enfermeiro procura conhecer a identidade da pessoa idosa, o contexto de vida da pessoa idosa, os hábitos de vida da pessoa idosa e o contexto de doença da pessoa idosa; e numa segunda fase, Envolver-se, o enfermeiro procura estabelecer uma relação de confiança com a pessoa idosa e família, dando-se também a conhecer e permitindo o diálogo.

Os enfermeiros, nas suas reflexões, manifestam grande preocupação em explicar, apresentar e esclarecer, não demonstrando disponibilidade em ouvir a pessoa idosa e família.

Quanto à 1.^a fase Revelar-se, os enfermeiros referem abordar:

“Antecedentes de saúde”, “Alergias” E3, E6, E13

“Antecedentes familiares” E3

“Situação sociofamiliar/ Apoio domiciliário/ Rede de apoio” E6, E9, E13

“Grau de independência nas AVD’s”; “Autonomia nas AVD’s” E3, E6, E9

Os aspetos abordados no acolhimento relativos a esta fase do modelo de parceria centram-se no conhecimento do contexto de vida da pessoa idosa e no contexto de saúde da pessoa idosa.

De um modo mais significativo, com maior número de referências pelos enfermeiros, verifica-se os aspetos relativos à segunda fase do modelo de parceria, *Envolver-se*, nomeadamente a socialização ao serviço e a informação sobre as normas e funcionamento do serviço, seguindo-se a preocupação em disponibilizar informação sobre o procedimento:

“Explicação do funcionamento do serviço” E1, E13

“Normas e rotinas do serviço” E2, E8, E12,

“Entrega do guia de acolhimento” E10, E11,

“Horário das visitas” E3, E8, E11, E13

“Explicação de como será o procedimento” E1, E5, E7, E8, E10

“Descrição do procedimento” E4

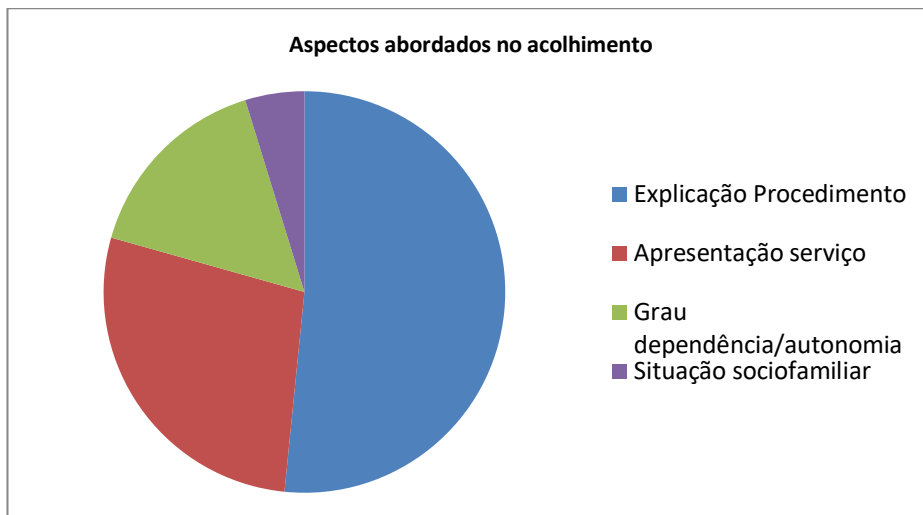
“Abordagem do procedimento a que vai ser submetido” E2

“Esclarecimento de dúvidas e preocupações” E1, E12

“Avaliação do nível de conhecimentos sobre o procedimento” E9

No gráfico seguinte (gráfico 5), estão apresentados os 4 aspetos abordados no acolhimento da pessoa idosa submetida a TAVI e família mais referidos pelos enfermeiros participantes.

Gráfico 5 – Aspetos abordados no acolhimento da pessoa idosa submetida a TAVI e família



Os aspetos mais abordados pelos enfermeiros focam a sua atenção na informação que o enfermeiro é responsável por dar no acolhimento da pessoa idosa e família, sem preocupar-se em conhecer a pessoa, em compreender a informação que possui e como a poderá ajudar a partir daquele momento.

Em complemento à primeira questão colocada, surge a oportunidade de refletir sobre a informação pertinente a colher para desenvolver uma intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família, no sentido de promover o cuidado de si. Neste sentido, os enfermeiros consideram importante conhecer:

- Dados pessoais – 2 referências;
- Antecedentes familiares – 1 referência;
- Antecedentes pessoais - 1 referência;
- Condições de habitação - 2 referências;
- Recursos financeiros -1 referência;
- Grau de autonomia/independência antes do procedimento/Limitações nas AVD's – 6 referências;
- Preocupações existentes da pessoa e família - 1 referência;

Expectativas da pessoa e família – 3 referências;
Relação com a família/ Recursos familiares de apoio – 7 referências;
Rede de apoio (social) – 5 referências;
Contacto da pessoa de referência - 2 referências;
Hábitos de vida/ interesses – 5 referências;
Terapêutica -1 referência;
Sintomatologia que afetou a sua vida - 2 referências;
Limitações físicas e cognitivas - 1 referência;
Conhecimento da doença/tratamento – 2 referências;
Disponibilidade de aprendizagem - 1 referência.

De acordo com a análise realizada, o conhecimento do apoio familiar e da capacidade de autonomia/independência na realização das atividades diárias prévia ao internamento são importantes para os enfermeiros na construção de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família, sendo a informação mais referida:

“ Os recursos familiares que existem e que tipo de apoio podem dar” E2

“Qual a relação com a família; se a família já presta algum tipo de apoio habitual à doente.” E4

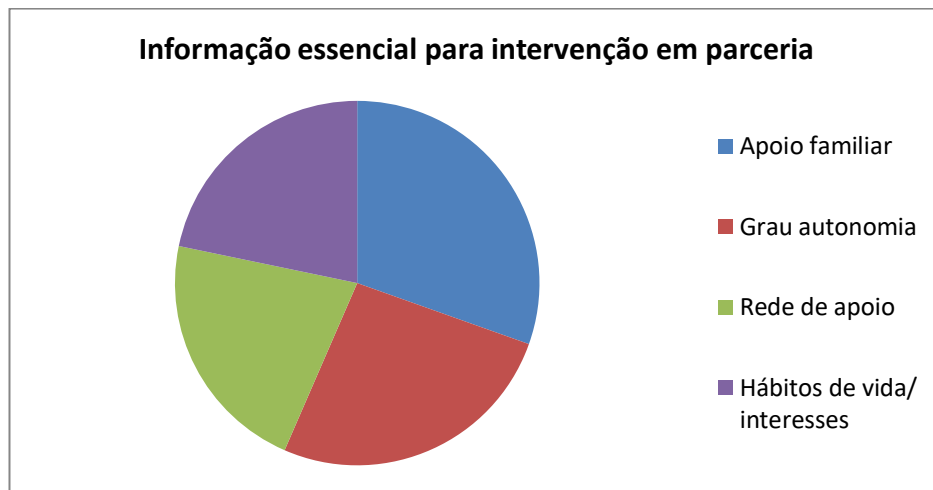
“Recursos familiares para suporte do doente” E8

“Grau de autonomia do doente antes do procedimento” E1

“Capacidade/autonomia do doente” E6

Tal como se pode verificar no gráfico 6, a informação que os enfermeiros consideram crucial para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria centra-se na fase *Revelar-se*.

Gráfico 6 – Informação essencial para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família



Após a reflexão sobre o acolhimento da pessoa idosa submetida a TAVI e família, surge a oportunidade de refletir sobre o trabalho a desenvolver com a pessoa idosa e família no sentido de promover o cuidado de si, através de uma intervenção em parceria.

- Escutar a pessoa idosa – 1 referência;
- Disponibilidade para ajudar – 1 referência;
- Estabelecer relação empática com pessoa idosa e família – 1 referência;
- Objetivos estabelecidos em equipa – 1 referência;
- Elaboração de plano de cuidados – 1 referência;
- Promover autonomia/autocuidado da pessoa – 4 referências;
- Envolver familiar de referência nos cuidados – 3 referências;
- Desenvolver ensinamentos para autocuidado – 2 referências;
- Promover ambiente capacitador – 1 referência;
- Realizar os cuidados pós procedimento – 1 referência;
- Importância da adesão terapêutica – 1 referência;
- Ajudar na recuperação após procedimento – 1 referência;
- Validação da informação fornecida sobre os cuidados – 1 referência;
- Articulação entre hospital e centro de saúde – 1 referência.

Na reflexão sobre o desenvolvimento de uma intervenção em parceria, os enfermeiros valorizam o envolvimento do familiar de referência nos cuidados, a necessidade em realizar ensinamentos sobre os cuidados no regresso a casa e a promoção da autonomia da pessoa idosa ao longo do internamento. Pode afirmar-se que as referências encontram-se no âmbito da terceira fase do

modelo de parceria, *Possibilitar/Capacitar*, no qual o enfermeiro desenvolve a sua ação no sentido de transformar as potencialidades em capacidades reais, partilhando o seu conhecimento com a pessoa idosa e família:

“Envolver a pessoa de referência nos cuidados a prestar ao seu familiar e estimular a participação ativa da pessoa de referência nos cuidados” E2;

“Promover ensinios acerca da situação clínica/cuidados a manter quer ao doente como á família.” E9

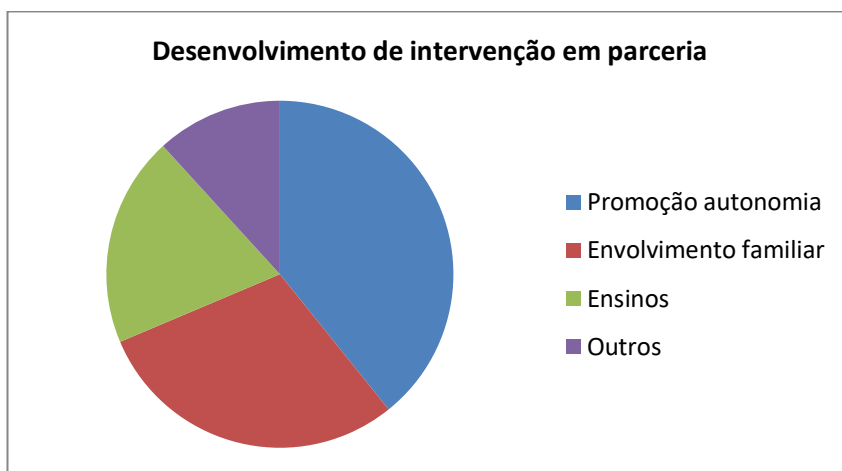
“... ajudar a pessoa a compreender quais as suas limitações e possibilidade de recuperação.” E3

“ Promover o autocuidado, incentivando o utente a não deixar que terceiros realizem determinadas tarefas por si.” E5

“Levantar necessidades e estipular intervenções realizando sessões de educação para a saúde que envolvam o doente e o seu cuidador.” E14

O gráfico 7 representa os aspetos mais referidos para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família.

Gráfico 7– Aspetos essenciais para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família



As dificuldades no desenvolvimento de uma intervenção em parceria para a promoção do cuidado de si da pessoa idosa submetida a TAVI e família foi alvo de reflexão por parte dos enfermeiros, considerando:

Falta de colaboração da pessoa idosa/família – 1 referência;

Perspetiva negativa relativamente à vida/saúde – 1 referência;

Perceção sobre o procedimento da TAVI – 1 referência;

Gestão do tempo – 6 referências;
Indisponibilidade do familiar/ distância – 5 referências;
Capacidades cognitivas e físicas (pela idade ou complicações) – 7 referências;
Complicações pós-procedimento – 1 referência;
Inexistência de protocolos de ensino e formação – 1 referência;

Os enfermeiros consideram que o tempo disponível para a prestação de cuidados à pessoa idosa submetida a TAVI é um fator negativo para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria. Por seu lado, a indisponibilidade do familiar e os défices cognitivos e físicos da pessoa idosa, pré-existentes ou como resultado de complicações após TAVI, condicionam a comunicação com a pessoa idosa e família, limitando a sua intervenção em parceria na promoção do cuidado de si:

“Tempo disponível reduzido, tendo em conta o rácio enfermeiro/doente.” E6

“Dificuldades na comunicação com a doente, se houver consequências/complicações ao nível neurológico da mesma,” E4

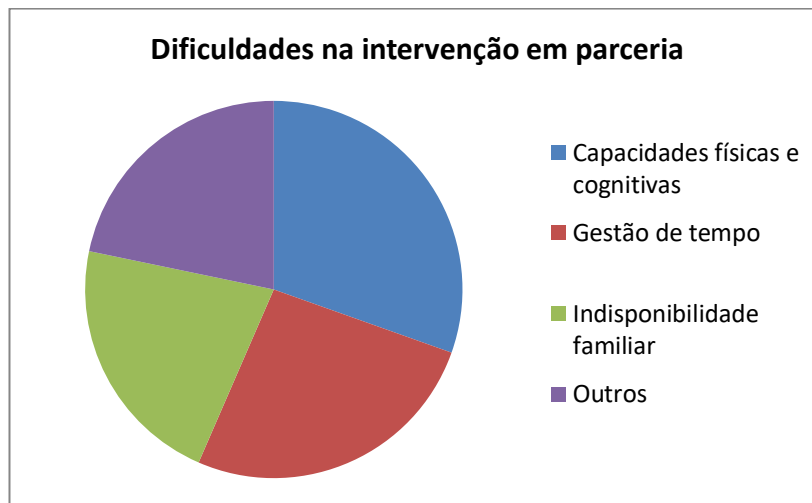
“A idade avançada do doente que dificulta a percepção e compreensão dos ensinamentos” E7

“Devido à idade e por vezes debilidade física do utente a limitação física no pós-procedimento é muito acentuada, comprometendo a capacidade de assumir o cuidado de si.” E10

“Eventuais dificuldades de comunicação com a família por vários factores: indisponibilidade. Família pouco acessível, défices de conhecimento/ cognitivo.” E4

O gráfico 8 apresenta as principais dificuldades referidas pelos enfermeiros no desenvolvimento de uma intervenção em parceria para a promoção do cuidado de si da pessoa idosa submetida a TAVI e família.

Gráfico 8 – Dificuldades no desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família



Por fim, procurou-se saber o que os enfermeiros consideram necessário para conhecer a pessoa idosa e o seu potencial de desenvolvimento, no sentido de se construir uma intervenção em parceria na promoção do cuidado de si:

- Acolhimento direcionado para a pessoa idosa submetida a TAVI – 1 referência;
- Capacidade de escuta – 2 referências
- Conhecer os antecedentes e dados pessoais, Ocupação/ Atividades de vida/ Rotinas/ rede de apoio - 4 referências
- Atribuição de enfermeiro de caso (responsável) – 1 referência;
- Avaliação das capacidades/autonomia – 2 referências
- Realização de ensinamentos – 1 referência;
- Tempo/disponibilidade – 3 referências
- Comunicação com a família/ inclusão nos cuidados – 2 referências
- Referenciação das instituições de saúde de origem – 1 referência;
- Instrumento de avaliação dos conhecimentos adquiridos – 1 referência;
- Questionário sobre situação atual e expectativas após TAVI – 1 referência;
- Consulta de enfermagem para realização de colheita de dados e fornecer informação sobre procedimento e cuidados após – 1 referência;
- Avaliação da percepção e dos conhecimentos sobre a doença – 1 referência;

Os enfermeiros compreendem que é importante uma intervenção mais direcionada para a pessoa idosa, o estabelecimento de uma relação onde a disponibilidade para a escuta e de ajuda para a promoção do cuidado de si é importante:

“Criar uma relação de empatia; escutar, mostrar interesse, questionando sobre o grau de autonomia da pessoa e o modo como se ocupa no dia-a-dia, de forma a tentar proporcionar essa igualdade” E1

“Ter tempo para conhecer melhor o doente; Comunicação constante com a família” E7

“Comunicação, relação empática, disponibilidade” E12

Para além disso, consideram que a utilização de instrumentos de avaliação das capacidades e das necessidades atuais poderão ajudar a desenvolver uma intervenção mais diferenciada e direccionada à pessoa idosa e família.

“Um acolhimento mais diferenciado, mais direccionado para as necessidades reais da pessoa.” E2

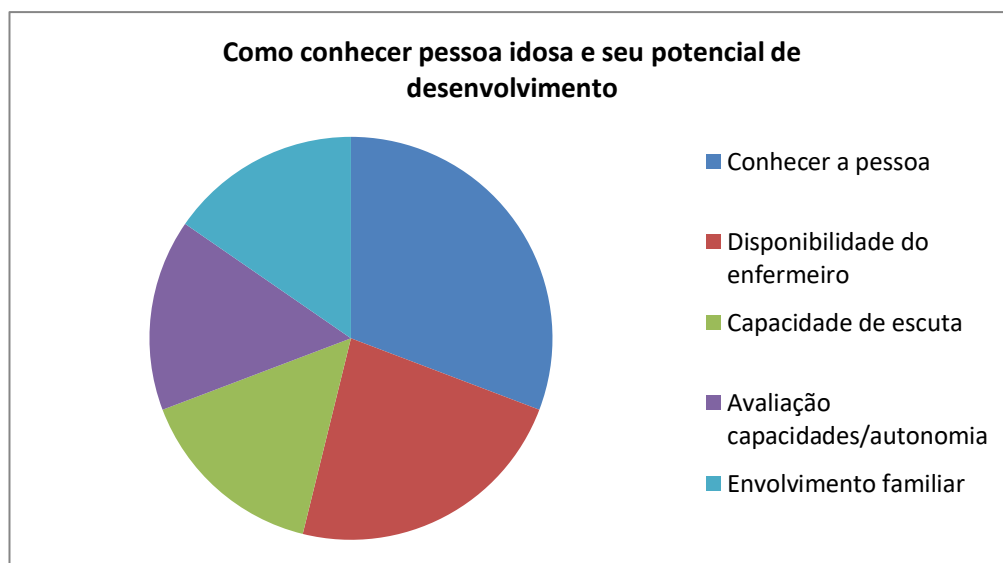
“Instrumento de avaliação do nível de conhecimentos que o doente adquiriu no internamento de forma a perceber se o doente ficou capacitado para se auto cuidar.” E9

“Breve questionário organizado por atividades de vida diária preenchido pela família e pessoa idosa do estado atual da mesma e o que espera que mude com o procedimento.” E10

“Existência de uma consulta de enfermagem pré-operatória, em que estivesse presente a pessoa e o seu familiar, de forma a efetuar uma colheita de dados atempada/adequada.” E13

A mudança da intervenção à pessoa idosa submetida a TAVI e família no sentido de conhecer a pessoa idosa e o seu potencial de desenvolvimento, com vista à construção de uma intervenção em parceria na promoção do cuidado de si passa por alterar rotinas e modificar hábitos. Os enfermeiros focam-se em 5 principais aspetos, representados no gráfico 9.

Gráfico 9 – Como conhecer a pessoa idosa e o seu potencial de desenvolvimento, no sentido de se construir uma intervenção em parceria na promoção do cuidado de si.



A análise das narrativas dos enfermeiros permitiu a reflexão sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família. Os enfermeiros demonstram, através das suas reflexões individuais, uma preocupação em conhecer o contexto de sociofamiliar e de doença da pessoa idosa, em fornecer informação e envolver o familiar de referência nos cuidados prestados à pessoa idosa submetida a TAVI. Verifica-se preocupação em transmitir conhecimentos e informações para que a pessoa idosa e família possa cuidar de si, no entanto, a escuta e a disponibilidade para ouvir e ajudar surge como uma intervenção a desenvolver, assim como uma avaliação de necessidades e uma intervenção mais individualizada e direcionada para a pessoa idosa submetida a TAVI e família.

De facto, pode afirmar-se que, atualmente, o cuidado está centrado no que o enfermeiro quer que a pessoa idosa e família saiba e faça e não naquilo que a pessoa idosa e família sabe fazer, quer fazer, quer e precisa saber e fazer para prosseguir a sua trajetória de vida. E é neste sentido que se pretende desenvolver uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família.

APÊNDICE XIII
OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM
(FASE DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO)

Observação dos Registos de Enfermagem (Fase de diagnóstico de situação)

Instrumento de colheita de dados baseado no modelo de parceria (Gomes, 2013, 2016)		Registado	Não registado	Registado "sem alterações"
1.ª FASE: REVELAR-SE				
CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA				
Nome		5	0	
Nome preferido		3	2	
Idade		5	0	
Nacionalidade		0	5	
Religião		0	5	
Estado Civil		1	4	
Profissão/ocupação		1	4	
CONHECER O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA				
Coabitação		5	0	
Condições habitacionais		0	5	
Pessoa de Referência/Cuidador familiar		4	1	
Situação económica (dificuldades)		0	5	
Ocupação de tempos livres /projeto de vida		0	5	
Rede de apoio (recursos familiares, sociais, da comunidade, etc)		1	4	
Necessidades do cuidador familiar		0	5	
CONHECER OS HÁBITOS DE VIDA DA PESSOA IDOSA				
Alimentação	Padrão alimentar (n.º refeições/horário)	0	5	
	Preferências	0	5	
	Restrições alimentares	0	5	
	Alergias alimentares	0	5	
	Ingestão hídrica	0	5	
	Problemas na mastigação/deglutição	0	5	
	Falta de peças dentárias/uso de próteses	2	3	
	Alterações do paladar/ mucosa oral	0	5	
	Alterações/limitações devido a doença atual	0	5	
Eliminação	Características	0	1	4
	Frequência	0	1	
	Dependência de fármacos	0	1	
Mobilidade	Dependência (o que precisa de ajuda)	2	3	
	Autonomia (o que consegue fazer sozinha)	2	3	
	Limitações pré-existentes	0	5	
	Uso de auxiliares de marcha	1	4	
	Limitações devido a doença atual	0	5	
Atividade física	Hábitos de exercício	0	5	
	Limitações	0	5	
Higiene e conforto	Dependência (o que precisa de ajuda)	0	5	

Vestir/despir	Autonomia (o que consegue fazer sozinha)	5	0	
Sono e repouso	Duração	0	1	4
	Insónias	0	1	
	Dependência de fármacos	0	1	
CONHECER O CONTEXTO DE DOENÇA DA PESSOA IDOSA				
A pessoa sabe a que procedimento será submetida		0	5	
A pessoa tem conhecimento sobre o procedimento de TAVI		0	5	
A pessoa tem conhecimento das possíveis complicações vasculares		0	5	
A pessoa tem conhecimento da possível necessidade de pacemaker após o procedimento		0	5	
A pessoa tem conhecimento das possíveis complicações hemorrágicas		0	5	
Sintomatologia que levou à necessidade do procedimento/procura de tratamento		1	4	
Antecedentes pessoais		5	0	
Antecedentes familiares		0	5	
Cirurgias		1	4	
Próteses (auditivas/oculares)		4	1	
Alergias		5	0	
Medicação habitual		5	0	
Gestão do regime terapêutico		3	2	
Hábitos alcoólicos, tabágicos, toxifílicos		1	4	
Impacto da doença na vida da pessoa		0	5	
Impacto da doença na vida da família		0	5	
Projeto de saúde		0	5	

Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013)	Registado	Não registado
2.ª FASE: ENVOLVER-SE ESTABELECEER UMA RELAÇÃO DE CONFIANÇA		
O enfermeiro faz a socialização ao serviço	0	5
O enfermeiro entrega o folheto de acolhimento	0	5
O enfermeiro mostra disponibilidade (tempo e espaço para escutar e esclarecer dúvidas)	0	5
O enfermeiro identifica as necessidades da pessoa e família	0	5
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre o regime terapêutico após TAVI	0	5
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre sinais e sintomas de infeção local ou sistémica	0	5
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre sinais e sintomas de complicações vasculares do membro intervencionado	0	5
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre o dispositivo de encerramento vascular	0	5
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre as limitações motoras que poderão surgir após o procedimento/internamento	0	5
O enfermeiro procura identificar situações de dor pré-existentes ao procedimento	0	5
O enfermeiro envolve o familiar de referência	0	5
3.ª FASE: POSSIBILITAR/CAPACITAR		

TRANSFORMAR AS POTENCIALIDADES EM REALIDADES REAIS		
O enfermeiro partilha de informação durante os cuidados prestados	0	5
O enfermeiro partilha conhecimento sobre o procedimento realizado	0	5
O enfermeiro partilha conhecimento sobre os cuidados imediatos após procedimento (repouso 24h, monitorização contínua, antibioterapia profilática, etc.)	0	5
O enfermeiro partilha conhecimento sobre o regime terapêutico que a pessoa idosa está a fazer	0	5
O enfermeiro partilha conhecimento sobre os sinais e sintomas de alterações vasculares do membro intervencionado	0	5
O enfermeiro partilha conhecimento sobre o dispositivo de encerramento vascular (o que é, para que serve, os cuidados que deve ter após a alta)	0	5
O enfermeiro partilha conhecimento sobre a importância da atividade física na recuperação motora	0	5
O enfermeiro partilha conhecimento sobre estratégias de gestão da dor	0	5
O enfermeiro partilha conhecimento sobre os cuidados após implantação de pacemaker definitivo (se aplicável)	0	5
O enfermeiro respeita as preferências, o tempo e a decisão da pessoa na prestação de cuidados	0	5
O enfermeiro articula com os diferentes profissionais de acordo com as necessidades identificadas	0	5
O enfermeiro identifica o que a pessoa consegue fazer sozinha	0	5
O enfermeiro sabe o que a pessoa identifica como problema	0	5
O enfermeiro identifica as potencialidades da pessoa	0	5
O enfermeiro identifica as necessidades de ensino	0	5
4.ª FASE: COMPROMETER-SE PLANO COM OBJETIVOS ESTABELECIDOS ENTRE PESSOA, FAMÍLIA E ENFERMEIRO		
O enfermeiro identifica os objetivos da pessoa e família perante a situação	0	5
O enfermeiro identifica os objetivos da equipa de enfermagem para a pessoa	0	5
O enfermeiro discute com a pessoa e família o plano de cuidados, de forma a constituírem objetivos comuns	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família o conhecimento sobre o procedimento realizado	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família o regime terapêutico a adoptar após o procedimento	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família as estratégias de despiste de complicações vasculares do membro intervencionado	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família as estratégias de despiste de sinais e sintomas de infeção	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família a necessidade de identificação do dispositivo de encerramento vascular durante 90 dias	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família as estratégias de aumento gradual da atividade física	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família as estratégias de gestão da dor	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família os cuidados após implantação de pacemaker definitivo (se aplicável)	0	5
O enfermeiro ajuda a pessoa idosa/família a desenvolver a capacidade de cuidar de si/ do outro	0	5
5.ª FASE: ASSUMIR O CUIDADO DE SI/ASSEGARAR O CUIDADO DO OUTRO PROMOVER O CUIDADO DE SI/CUIDADO DO OUTRO		

A pessoa/família possui informação que lhe permite gerir o regime terapêutico	0	5
A pessoa/família identifica sinais e sintomas de complicações vasculares	0	5
A pessoa/família identifica sinais e sintomas de infeção local e sistémica	0	5
A pessoa/família sabe a necessidade de identificação do dispositivo de encerramento vascular durante 90 dias	0	5
A pessoa/família identifica estratégias de aumento gradual da atividade física	0	5
A pessoa/família identifica estratégias de gestão da dor	0	5
A pessoa/família conhece o seu percurso após a alta hospitalar	0	5
A pessoa possui informação que lhe permite prosseguir o seu projeto de vida e saúde, assumindo o cuidado de si	0	5
O familiar possui informação que lhe permite assegurar o cuidado do outro (despiste de complicações, regime terapêutico, cuidados com o membro intervencionado, alimentação e atividade física)	0	5
A pessoa idosa/familiar possui informação sobre recursos disponíveis na comunidade	0	5
O familiar conhece alternativas que lhe permitem assegurar o cuidado do outro	0	5
O enfermeiro fornece suporte escrito sobre o internamento, procedimento e cuidados após a TAVI (carta de alta, folheto informativo, etc)	0	5
A pessoa idosa/família compreende a informação fornecida.	0	5

APÊNDICE XIV
ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM
(FASE DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO)

Análise dos Registos de Enfermagem (Fase de diagnóstico de situação)

No período de 24 de Outubro a 11 de Novembro procedeu-se à observação e análise de 5 processos de enfermagem das pessoas idosas internadas para realização de TAVI. O registo da colheita de dados inicial é efetuada em suporte informático através do programa GLINT®, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), e o registo das notas de enfermagem diárias é efetuada em suporte de papel nas folhas de unidade, uma vez que o programa informático não está ainda adaptado para o registo dos cuidados em unidade de cuidados intensivos.

A análise dos registos de enfermagem assume-se como uma atividade da fase de diagnóstico de situação da metodologia de projeto e é realizada com base nas fases do Modelo de Parceria.

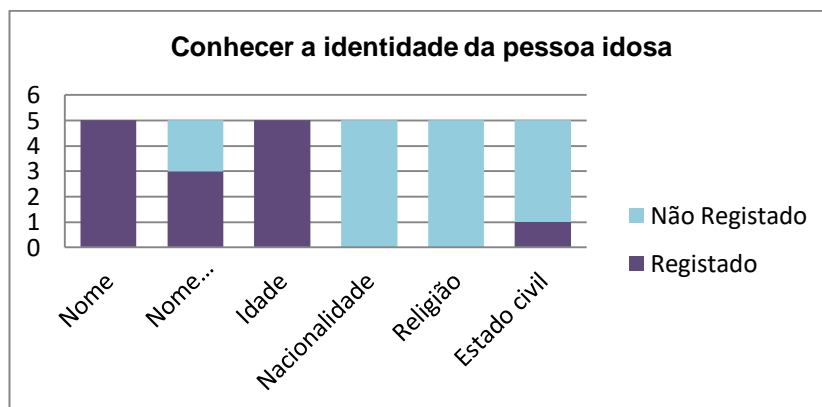
1.ª Fase do Modelo de parceria - Revelar-se

Nesta fase do modelo, o enfermeiro procura conhecer a pessoa, e o seu potencial de desenvolvimento no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de vida e saúde, dando-se também a conhecer. Nesta fase, o enfermeiro mobiliza as suas competências de comunicação, esforçando-se por conhecer a identidade da pessoa, o seu contexto de vida sociofamiliar e o significado da doença na sua vida, identificando os recursos de ela possui para fazer face à situação (Gomes, 2009).

A análise dos registos de enfermagem, referentes à primeira fase do modelo de parceria, **Revelar-se**, procura conhecer a **identidade da pessoa idosa** que será submetida a TAVI; **conhecer o contexto de vida da pessoa idosa**, os seus recursos sociofamiliares; conhecer os **hábitos de vida da pessoa idosa** prévios ao internamento, tais como alimentação, eliminação, mobilidade, atividade física, higiene e conforto, vestir e despir e sono e repouso; e conhecer o **contexto de doença da pessoa idosa**, internada para realização de TAVI. Tal como podemos verificar no gráfico 1, o nome e a idade são dados sempre registados pelos enfermeiros, sendo a nacionalidade, a

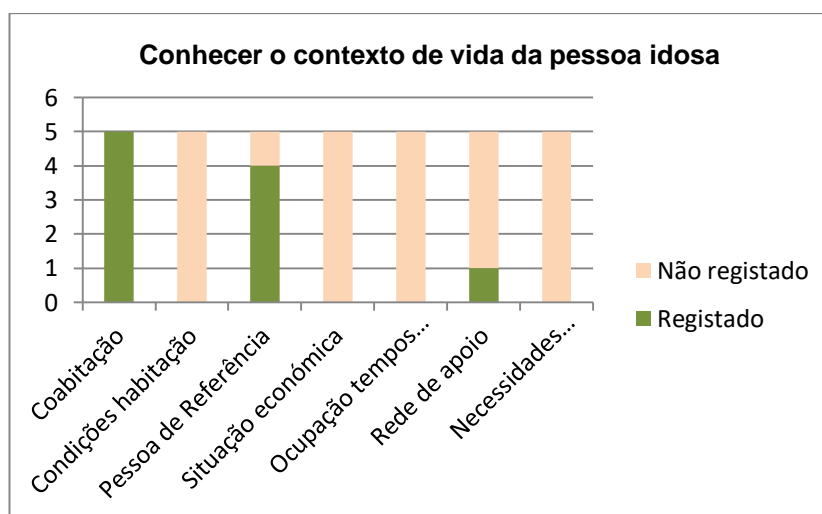
religião e o estado civil pouco valorizados. O nome preferido da pessoa idosa não revela ser a prioridade de registo dos enfermeiros.

Gráfico 1 – Resultados dos registos relativos ao indicador “Conhecer a identidade da pessoa idosa” – avaliação inicial.



Relativamente ao indicador “**Conhecer o contexto de vida da pessoa idosa submetida a TAVI**” (gráfico 2), os registos revelam-se igualmente parcos, sendo apenas mencionada a(s) pessoa(s) com quem a pessoa idosa vive e quem é o familiar de referência, com o respetivo contacto telefónico. A rede de apoio apenas é referida quando a pessoa possui algum tipo de apoio por uma instituição e é omissa o tipo de apoio que o familiar de referência pode dar durante o internamento e no regresso a casa, assim como as necessidades deste enquanto cuidador.

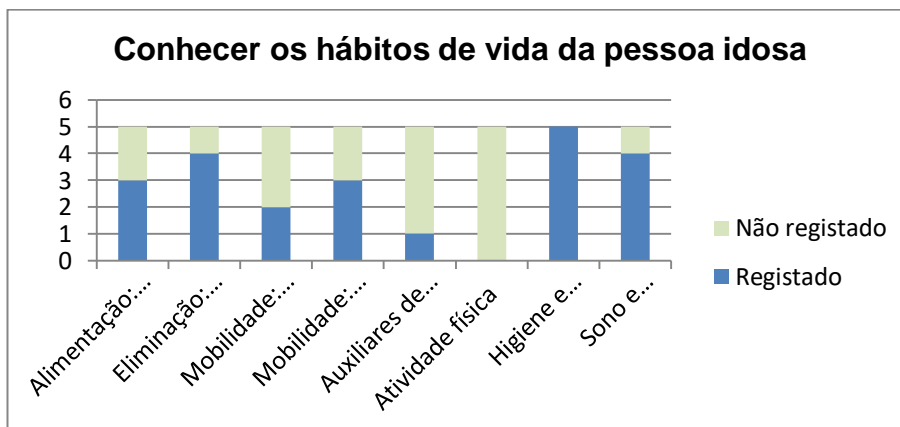
Gráfico 2 – Resultados dos registos relativos ao indicador “Conhecer o contexto de vida da pessoa idosa” – avaliação inicial.



Os hábitos de vida da pessoa idosa, o modo como a pessoa idosa vê as suas atividades diárias limitadas por problemas decorrentes do próprio envelhecimento ou pela doença, são informações que permitem ao enfermeiro conhecer aquela pessoa singular e propor soluções para os problemas, evitando complicações, promovendo sempre a autonomia de decisão e atuação da pessoa idosa.

Nos registos analisados, as informações sobre os hábitos de vida da pessoa idosa são pouco desenvolvidos, limitando-se, no caso da alimentação, à presença ou ausência de peças dentárias. Relativamente ao registo de informação sobre as outras atividades de vida diária da pessoa idosa, verifica-se apenas a referência quanto à dependência ou autonomia na mobilidade, a utilização de auxiliares de marcha, a autonomia na higiene e em vestir e despir, assim como a referência a sono sem alterações, sem mais pormenores. A informação quanto aos hábitos de exercício físico da pessoa idosa é omissa (gráfico 3).

Gráfico 3 – Resultados dos registos relativos ao indicador “Conhecer os hábitos de vida da pessoa idosa” – avaliação inicial.



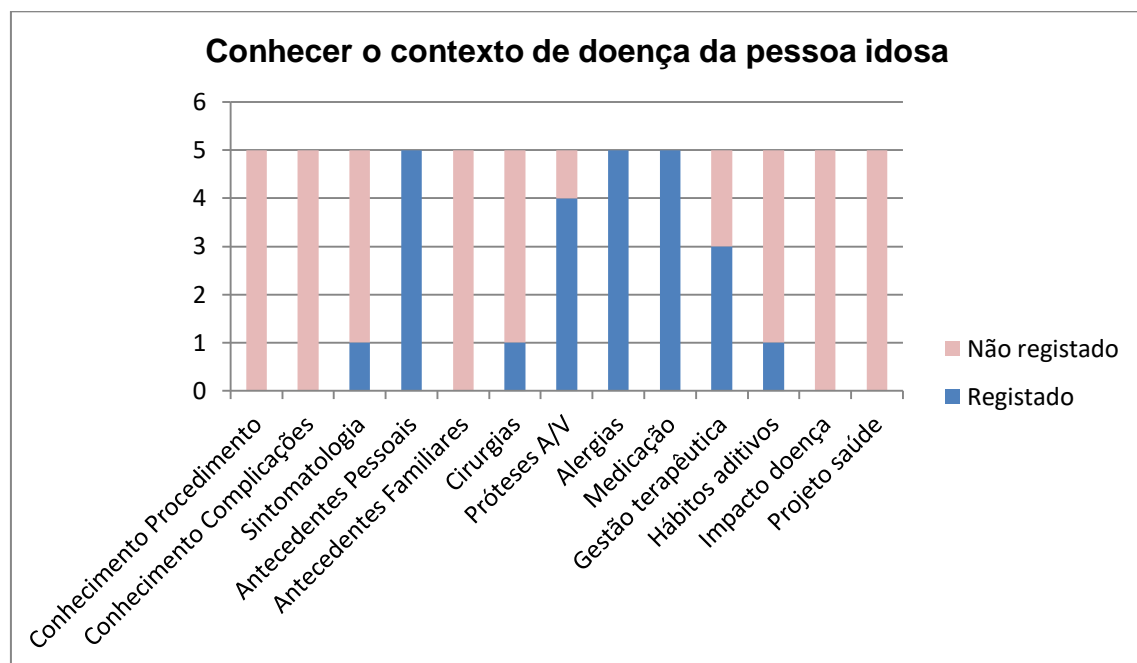
Perante tais registos, não conseguimos conhecer a singularidade da pessoa idosa internada para realização de TAVI, de modo a conhecer o seu potencial de desenvolvimento, os seus valores, cultura e contexto de relações sociais que permitirão identificar os recursos internos e externos que a pessoa tem para fazer face às situações que surjam.

O contexto de doença da pessoa idosa constitui informação importante para o enfermeiro, no sentido de compreender o significado da doença e o seu

impacto na trajetória de vida pessoa, permitindo identificar o conhecimento que possui sobre a situação de doença, tratamento, complicações e regime terapêutico.

Tal como podemos verificar no gráfico 4, os registos sobre a situação de doença atual da pessoa idosa internada para TAVI são escassos e pouco esclarecedores quanto aos seus conhecimentos sobre a situação de doença, tratamento e complicações. Os dados relativos aos Antecedentes pessoais, alergias, medicação e gestão do regime terapêutico são os mais valorizados e registados pelos enfermeiros.

Gráfico 4 – Resultados dos registos relativos ao indicador “Conhecer o contexto de doença da pessoa idosa” – avaliação inicial.



Nesta etapa do projeto, de diagnóstico de situação, a avaliação dos registos de enfermagem centra-se apenas nos dados referentes a esta fase do modelo de parceria, uma vez que são omissos todos os registos relacionados com as fases subsequentes. Ao observarmos os registos de enfermagem dos 5 processos clínicos das pessoas idosas internadas para realização de TAVI, a informação registada refere-se ao estado de consciência e orientação, ao modo como foram realizadas as atividades de vida diária durante o internamento (“alimentou-se”; “dormiu por longos períodos”, “urinou na arrastadeira”, etc.) e sobre o procedimento realizado, despiste de complicações, exames

realizados/programados. Não se verifica o registo da informação que a pessoa idosa e família possuem sobre o procedimento, os cuidados e despiste de complicações, não existe registo da informação disponibilizada à pessoa idosa e família, do esclarecimento de dúvidas nem da negociação dos cuidados.

Os registos de enfermagem são o reflexo do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros no cuidado à pessoa e família. Tal como pudemos verificar na análise anterior, os enfermeiros demonstram, através dos seus registos, estar centrados no modelo biomédico, focados nos procedimentos médicos, nos cuidados físicos e no despiste de complicações, com vista à estabilização hemodinâmica. Tal seja por influência do contexto de cuidados intensivos, em que é sobrevalorizada a técnica, os conhecimentos teórico-práticos de atuação em situação de emergência e manutenção da vida. No entanto, o que se verifica na realidade é que os enfermeiros estão atentos à pessoa idosa e família, procuram saber o motivo da procura de tratamento, os seus conhecimentos sobre o procedimento, o que querem saber, o que precisam saber para poderem cuidar de si durante o internamento e no regresso a casa. Podemos afirmar que, na prática, focam também a atenção na partilha dos significados da experiência das pessoas relativamente ao seu projeto de saúde e de vida, tendo em conta os seus conhecimentos, desejos, necessidades, preocupações, (Gomes, 2009).

Então porque não o registam? Porque não escrevem em notas de enfermagem esses cuidados de conforto, apoio e de informação tão bem desempenhados, essenciais à saúde e bem-estar das pessoas de quem cuidam? Este poderá ser um ponto de partida para a mudança.

APÊNDICE XV
PLANO DE SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO
À EQUIPA DE ENFERMAGEM

Plano de sessão de apresentação do projeto à equipa de enfermagem

TEMA: A intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa.

FINALIDADE: Apresentação do projeto de estágio à equipa de enfermagem do serviço de cardiologia.

POPULAÇÃO-ALVO: Enfermeiros do serviço

LOCAL: Sala de trabalho de enfermagem do serviço.

DATA/PERÍODO: De 16/01/2017 a 22/01/2017

HORA: Após a passagem de ocorrências

DURAÇÃO PREVISTA: 15 minutos

FORMADORA: Liliana Silva

OBJETIVOS GERAIS:

- Apresentar e contextualizar o projeto de estágio;
- Promover a reflexão e debate na equipa sobre o que fazemos bem e o que é possível melhorar a nível das práticas de cuidados de enfermagem com a intenção de promover o cuidado de si da pessoa idosa submetida a TAVI e família no regresso a casa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

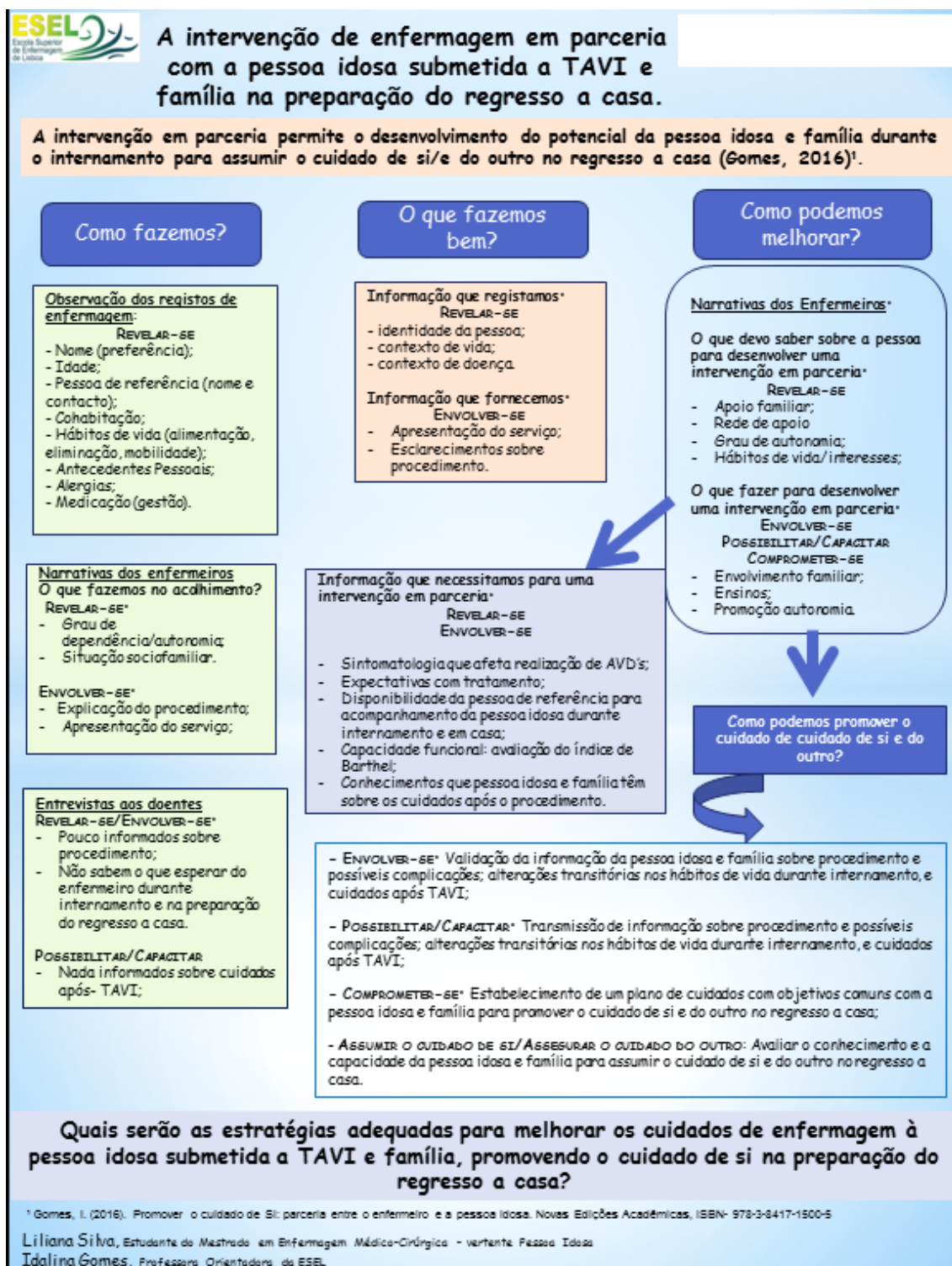
- Apresentar a intervenção em parceria para a promoção do cuidado de si na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a TAVI e família.
- Apresentar os resultados obtidos da análise das narrativas dos enfermeiros, dos registos de enfermagem e das entrevistas à pessoa idosa submetida a TAVI e família;
- Promover a reflexão e debate na equipa sobre o que já fazemos bem na fase de Revelar-se e Envolver-se do modelo de parceria, e sobre como poderemos melhorar a nível do conhecimento da pessoa idosa submetida a TAVI e família para a preparação do regresso a casa.

- Identificar estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem, do cuidado de si da pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa.

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Duração
Apresentar a intervenção em parceria para a promoção do cuidado de si na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a TAVI e família.	Apresentação das cinco fases do modelo de parceria e os objetivos de cada uma na promoção do cuidado de si e do outro para a preparação do regresso a casa.	Método Expositivo	Layout de apresentação impresso	2 minutos
Apresentar os resultados obtidos da análise das narrativas dos enfermeiros, dos registos de enfermagem e das entrevistas à pessoa idosa submetida a TAVI e família.	Análise das práticas dos enfermeiros relativas ao acolhimento e preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a TAVI e família.	Método Expositivo	Layout de apresentação impresso	2 minutos
Promover a reflexão e debate na equipa sobre o que já fazemos bem na fase de Revelar-se e Envolver-se do modelo de parceria, e sobre como poderemos melhorar a nível do conhecimento da pessoa idosa submetida a TAVI e família para a preparação do regresso a casa.	Reflexão sobre a importância de conhecer a pessoa idosa e família de uma forma global e identificar as suas capacidades e potencialidades em assumir o cuidado de si e do outro.	Método Expositivo + Método Interrogativo	Layout de apresentação impresso + Bloco de notas + Caneta	6 minutos
Identificar estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem, do cuidado de si da pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa.	Identificação de estratégias de mudança e planeamento de metas a atingir para melhorar a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a TAVI e família	Método Expositivo + Método Interrogativo	Layout de apresentação impresso + Bloco de notas + Caneta	5 minutos

APÊNDICE XVI
***LAYOUT* DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO**
À EQUIPA DE ENFERMAGEM

Apresentação do projeto à equipa de enfermagem



APÊNDICE XVII
REFLEXÃO SOBRE A APRESENTAÇÃO DO PROJETO
À EQUIPA DE ENFERMAGEM

Reflexão sobre a apresentação do projeto à equipa de enfermagem

No período de 16 a 22 de Janeiro de 2017 foram realizadas cinco sessões sob o tema **“A intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa.”**, cuja finalidade era a apresentação do projeto de estágio à equipa de enfermagem do serviço. A sessão tinha como objetivos gerais apresentar e contextualizar o projeto de estágio, e promover a reflexão e debate na equipa sobre o que fazemos bem e o que é possível melhorar a nível das práticas de cuidados de enfermagem para a promoção do cuidado de si da pessoa idosa submetida a TAVI e família no regresso a casa.

A realização de várias sessões sobre o mesmo tema, com pessoas diferentes, revelou-se benéfica no sentido de conseguirmos apresentar o projeto a todos os enfermeiros do serviço e possibilitar a discussão de ideias em grupos mais pequenos. Todavia, o modo como a informação é transmitida pareceu ser diferente em cada sessão, condicionada maioritariamente pela gestão de tempo e pelo feedback dos enfermeiros.

Na primeira sessão houve a preocupação de apresentar o modelo de parceria e as fases para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria de forma mais teórica, mas como o tempo disponibilizado foi superior ao programado, nas sessões seguintes a apresentação do modelo foi resumida e exemplificada com a prática, tendo sido focados alguns aspetos a considerar na colheita de dados e na intervenção em parceria ao longo do internamento.

Na sua maioria, os enfermeiros consideravam que os registos eram completos mas, ao serem confrontados com a realidade, ou seja, registos fiéis ao modelo biomédico, consideraram que poderiam melhorar esse aspeto. Quanto ao desenvolvimento da intervenção em parceria, todos referiram que o tempo e a disponibilidade do enfermeiro seriam fatores negativos para a promoção do cuidado de si na preparação do regresso a casa, pelo que sugeriram estratégias que pudessem colmatar as dificuldades.

Uma das lacunas encontradas em equipa foi a identificação das falhas na colheita de dados à pessoa idosa e família, assumindo-se sempre que o enfermeiro que admitiu a pessoa idosa e família teve acesso a toda a informação importante e a registou. Assim, para se obter mais informação e haver uma colheita de dados completa e global à pessoa idosa e família sugeriu-se a impressão da folha de colheita de dados, assinalando-se (sublinhar a vermelho) os aspetos em falta e que consideramos importante conhecer acerca da pessoa idosa e família. Esta folha de colheita de dados ficaria na capa do processo de enfermagem até estar completa e assim que estivesse completa, seria arquivada no processo de enfermagem. Esta estratégia permitirá um registo de informação mais completo e responsabilizará toda a equipa pela colheita de dados à pessoa idosa e família.

A realização de um folheto com toda a informação necessária para o regresso a casa após a TAVI pareceu, à maioria dos enfermeiros, a estratégia adequada, devendo este ser entregue no dia da admissão, dando tempo à pessoa idosa e família para ler, assimilar informação e colocar questões para esclarecimento de dúvidas. No entanto, esta proposta foi recusada pela Sra Enf.^a Chefe, uma vez que considerou que o folheto seria um modo dos enfermeiros «se esconderem atrás do papel» e deixarem para segundo plano os ensinamentos necessários. Assim, surgiu a ideia de elaborar um guia orientador da intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família para a promoção do cuidado de si no regresso a casa. Este guia foi elaborado por nós e visualizado por todos os enfermeiros, que sugeriram algumas alterações e pediram esclarecimento de dúvidas (Apêndice XVIII).

Após esta reflexão sentimos que, apesar de se notar alguma resistência à mudança, a equipa de enfermagem mostrou-se disponível para melhorar a sua intervenção à pessoa idosa submetida a TAVI e família.

APÊNDICE XVIII
DOCUMENTO ORIENTADOR DA INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA
SUBMETIDA A TAVI E FAMÍLIA NA PREPARAÇÃO DO
REGRESSO A CASA.



7.º CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA
- Vertente Pessoa Idosa -

**A INTERVENÇÃO EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA
SUBMETIDA A TAVI E FAMÍLIA NA PREPARAÇÃO DO
REGRESSO A CASA
- GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA ENFERMEIROS -**

Trabalho desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório”

***“A preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a
implantação de válvula aórtica transcater: A intervenção de
enfermagem em parceria com a pessoa idosa e família.”***

Liliana Veríssimo da Silva

Lisboa
Fevereiro 2017



7.º CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA
- Vertente Pessoa Idosa -

**A INTERVENÇÃO EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA
SUBMETIDA A TAVI E FAMÍLIA NA PREPARAÇÃO DO
REGRESSO A CASA
- GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA ENFERMEIROS -**

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular

“Estágio com Relatório”

***“A preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a
implantação de válvula aórtica transcater: A intervenção de enfermagem
em parceria com a pessoa idosa e família.”***

Professora Orientadora: Prof.^a Dr.^a Idalina Gomes
Enfermeira Orientadora na Prática: Patrícia Vidinha
Estudante: Liliana Veríssimo da Silva

Lisboa
Fevereiro 2017

ÍNDICE

Introdução	3
1. A intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa.	5
1.1. Primeira Fase do Modelo de Parceria: Revelar-se	6
1.1.1. Colheita de dados à pessoa idosa submetida a TAVI e família....	6
1.1.2. Avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa	10
1.2. Segunda Fase do Modelo de Parceria: Envolver-se	12
1.3. Terceira Fase do Modelo de Parceria: Capacitar ou Possibilitar ..	14
1.4. Quarta Fase do Modelo de Parceria: Comprometer-se.....	17
1.5. Quinta Fase do Modelo de Parceria:	17
Assumir o Cuidado de Si / Assegurar o Cuidado do Outro.....	17
Conclusão	20
Referências Bibliográficas	23

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 -	Informação a preencher na colheita de dados da pessoa idosa e família em suporte informático GLINT®	7
Tabela 2 -	Apresentação da informação a validar com a pessoa idosa submetida a TAVI e família no momento da admissão	12
Tabela 3 -	Cuidados de enfermagem após TAVI	15
Tabela 4 -	Avaliação dos cuidados assumidos pela pessoa idosa ou assegurados pela família para o cuidado de si e do outro no regresso a casa	18

INTRODUÇÃO

A realização do estágio no âmbito do curso de mestrado e pós-licenciatura em enfermagem médico-cirúrgica, teve como um dos objetivos específicos contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e sua família na preparação do regresso a casa, promovendo o cuidado de si. Este trabalho surge como estratégia de melhoria desses cuidados de enfermagem, após o diagnóstico de situação.

A implantação de válvula aórtica transcater (TAVI) é uma intervenção complexa para o tratamento da estenose aórtica grave com elevada taxa de sucesso, mas com reconhecidas complicações (NICE, 2012). Os doentes, na sua maioria pessoas idosas, são recusados para cirurgia convencional e submetidos a TAVI, devido a co-morbilidades e fragilidades. Apesar de ser um internamento eletivo, não por agudização de doença, pode determinar para a pessoa idosa a perda de identidade, integridade física, e autonomia, levando a uma deterioração funcional e menor capacidade de tomar decisões (Cabete, 2002).

A intervenção, as possíveis complicações e o internamento prolongado poderão aumentar a dependência física, funcional e social dos doentes, prejudicando a sua situação de saúde e vida, e que poderá determinar um processo de regresso a casa mais demorado e com possível necessidade de um cuidador familiar. A preparação do regresso a casa é um processo que visa ajudar a pessoa e família a adotarem comportamentos adequados à sua situação de saúde (Petronilho, 2007).

Uma intervenção de enfermagem em parceria para a preparação do regresso a casa após a TAVI passa pela construção de uma ação conjunta, entre enfermeiro e pessoa idosa e família, visando a capacitação das pessoas idosas para assumir o cuidado de si próprio ou da família para assegurar o cuidado do outro, quando o próprio não tem autonomia (Gomes, 2013, 2016).

Este trabalho constitui um guia de orientação para uma intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa. A elaboração do guia de orientação de preenchimento da colheita de dados realizada à pessoa idosa submetida a TAVI e família no momento de admissão no serviço tem como objetivo ajudar os enfermeiros a aprofundar o conhecimento da pessoa idosa e família enquanto ser singular, com autonomia de ação e decisão.

1. A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA SUBMETIDA A TAVI E FAMÍLIA NA PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA.

Os cuidados de enfermagem têm como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde da pessoa (OE, 2012), e neste sentido, os enfermeiros são elementos essenciais no desenvolvimento de uma cultura de cidadania, visando a informação e capacitação dos cidadãos, de modo a que estes se tornem responsáveis pela sua saúde e pela saúde de quem cuidam (DGS, 2015).

A experiência profissional na área da prestação de cuidados à pessoa adulta/idosa com patologia cardíaca permitiu contactar com um número crescente de pessoas idosas internadas eletivamente para implantação de válvula aórtica transcater, com desconhecimento sobre o procedimento, com complicações pós-TAVI e consequentes internamentos prolongados, que condicionam a sua funcionalidade e a necessidade de um cuidador no domicílio, surgindo a preocupação em desenvolver estratégias para melhorar os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e sua família, nomeadamente na preparação do regresso a casa. O enfermeiro direciona a sua intervenção para ajudar a pessoa idosa e família a gerir os seus processos de transição, sendo a preparação do regresso a casa uma situação complexa, em que a transição dos cuidados do hospital para a continuidade dos cuidados no domicílio deve ser iniciada no momento da admissão (Meleis, 2010; Pereira, 2013). Neste processo de transição em que o enfermeiro intervém no sentido de promover o cuidado de si da pessoa idosa e família no regresso a casa, a parceria constitui a intervenção de enfermagem que visa a construção de uma ação conjunta de capacitação da pessoa idosa e família para o controlo do cuidado de si, tendo sempre como foco de atenção o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2013, 2016).

O modelo de intervenção em parceria entre o enfermeiro(a) e pessoa idosa e família passa por cinco fases. Serão seguidamente abordados os aspectos fundamentais a desenvolver em cada uma delas para a

implementação de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa.

1.1. Primeira Fase do Modelo de Parceria: Revelar-se

O processo de preparação do regresso a casa inicia-se no momento da admissão e exige uma colheita de dados que aprofunde o conhecimento da singularidade da pessoa idosa submetida a TAVI e família. Na primeira fase da construção do processo de parceria para a capacitação no controlo do cuidado de si, o enfermeiro conhece e dá-se a conhecer à pessoa idosa e família, procurando conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida. O enfermeiro procura conhecer a identidade da pessoa e família, os seus valores, cultura e contexto de relações interpessoais e sociais, que constituem os seus recursos para fazer face às situações complexas do dia-a-dia, como o caso de uma doença ou internamento, e compreender o significado da doença na sua trajetória de vida, as suas expectativas quanto ao tratamento proposto, as suas necessidades, o seu potencial, os seus conhecimentos e vontades, possibilitando a participação da pessoa e a partilha de informação.

1.1.1. Colheita de dados à pessoa idosa submetida a TAVI e família

A colheita de dados é uma ferramenta imprescindível para o enfermeiro, permitindo o conhecimento da pessoa e família, a sua história de doença, as experiências anteriores, as suas expectativas e o meio familiar e social onde está inserida, a identificação das pessoas de referência da pessoa, os recursos que possui e o tipo de ajuda que necessita, o potencial que possui, de modo a que o enfermeiro possa desenvolver as suas potencialidades, antecipar eventuais dificuldades, como a ausência/indisponibilidade de cuidadores informais no domicílio e limitações motoras, muitas vezes responsáveis pelos internamentos prolongados e atraso no regresso a casa. O registo da colheita de dados da pessoa idosa internada no serviço é efetuado em suporte

informático através do programa GLINT®, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

O diagnóstico de situação sobre a intervenção de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família demonstrou poucos registos sobre o contexto de vida, rede de suporte e hábitos de vida da pessoa idosa. Para melhorar a informação de que dispomos acerca da pessoa idosa e família, facilitando o regresso a casa, será pertinente completar a colheita de dados, já realizada, com todos os dados apresentados em seguida (tabela 1).

O preenchimento da grelha apresentada não constitui um fim em si mesmo, mas sim uma oportunidade para a partilha de informação entre o enfermeiro e a pessoa sobre as suas necessidades, expectativas, conhecimentos e capacidades para o cuidado de si.

Tabela 1 – Informação a preencher na colheita de dados da pessoa idosa e família em suporte informático GLINT®.

INFORMAÇÃO DO DOENTE		
Identificação Pessoal		
	Nome preferido	
	Idade	
	Habilitações literárias	
	Profissão	
	Crenças religiosas	(escolher uma opção)
	Apoio religioso	(sim/não)
Pessoa de Referência		
	Parentesco	
	Contacto	
	Observações	Disponibilidade para cuidar da pessoa no regresso a casa se necessário? Quem poderá assumir o cuidado?
Situação Sociofamiliar	Vive com	(especificar)
	Autónomo	Sim/não
	Cuidador principal	(Se sim: Nome)
	Parentesco	
	Contacto	
	Situação familiar indicadora de problemas	(Sim/não)
	Situação profissional indicadora de problemas	(Sim/não)

		Responsável por terceiros	Sim/não
		Observações	Especificar problemas familiares/profissionais <u>Se Cuidador de terceiros:</u> De quem cuida? Durante internamento quem assume os cuidados a essa pessoa? Quem poderá assumir os cuidados após o regresso a casa?
	Rede de apoio	Apoio domiciliário	Sim/não
		Motivo	(preparação de refeições; apoio na higiene, etc.)
		Outros apoios	(especificar: lar, centro de dia, etc)
Condições habitacionais	Condições habitacionais indicadoras de problemas	(sim/não)	
		Observações	
Dados de Admissão			
	Internamento	Motivo de internamento	
		Diagnóstico Médico	
INFORMAÇÃO CLÍNICA			
Antecedentes Pessoais			
	Doenças/ sintomas		
	Intervenções Cirúrgicas		
	Antecedentes familiares		
	Internamentos anteriores		
	Vigilância de saúde	(Sim/não)	Local/especialidade
	Alergias		
	Medicação habitual		
	Terapias complementares		
Gestão e Adesão	Gestão da medicação	Autónomo/dependente	
	Apoio na gestão da medicação	Sim/não Especifique quem	
	Especifique dependência	Necessita que alguém separe os medicamentos em caixas unidose para o dia/semana; necessita que alguém forneça os medicamentos em cada toma?	
	Observações	<u>Quanto à adesão terapêutica:</u> Toma a medicação conforme prescrição; Esquece-se de tomar medicação; Automedica-se; Aumenta dose ou interrompe a medicação por algum motivo?	
	Estilos de Vida	Distress	(sim/não)

		Sedentarismo	(sim/não)
		Hábito de sair de casa	(sim/não) Especificar
		Atividade física/desperto	(sim/não) Especificar
		Atividade lúdica/hobbies	(sim/não) Especificar
	Comportament os aditivos	Tabaco	
		Álcool	
		Substâncias ilícitas	
Comunicação			
	Audição	Normal /diminuída/nula	Bilateral/direita/esquerda
	Visão	Normal /diminuída/nula	Bilateral/direita/esquerda
	Fala	Afasia/disartria/dislexia/normal/outro	
	Prótese auditiva		
	Prótese Visual		
Avaliação Mental			
	Estado de consciência	(escolha uma opção)	
	Orientação	Orientado/desorientado	
	Comportament o	Alterado/sem alterações	
	Humor	Alterado/sem alterações	
Segurança e proteção			
	Quedas	(sim/não) (Avaliação da Escala de Morse)	
		Data	
		Motivo	
		Local	
		Consequências	
Atividade Motora			
		Dependente	Sim/não
		Dispositivo auxiliar de marcha	(especificar)
		Observações	Faz transferência cama/cadeira; vai WC sozinho; mobiliza-se sozinho nas várias divisões da casa... (A completar com avaliação do índice de Barthel.)
Tegumentos			
		Feridas cirúrgicas/traumáticas Úlceras de pressão Queimaduras	Características
Respiração			
		Tosse	(sim/não) Especifique
		Expectoração	(sim/não) Especifique
		Dispneia	(sim/não) Especifique
	Ventilação Assistida	Oxigenoterapia	(sim/não) Especifique débito/ n.º horas
		Oxigénio de Longa Duração	(sim/não) Especifique débito/ n.º horas
		Ventilação de Pressão Aérea Positiva Expiratória	Escolha uma opção Especifique parâmetros e n.º de

			horas
		Ventilação de Pressão Aérea Positiva Binível	(Sim/não) IPAP/EPAP/outras parâmetros
Circulação			
		Edemas	(sim/não)
		Sinais de vascularização alterada	(sim/não)
	Dispositivos cardíacos	Pacemaker/ CDI/CRT	(sim/não)
	Acessos de diálise	Fístula/Catéter de diálise/ Catéter peritoneal	Especificar localização/ data colocação
Alimentação			
(A completar com avaliação do índice de Barthel.)		Dependente	(sim/não)
		N.º refeições / dia	
		Intolerância alimentar	
		Alimentos que não gosta	
		Alterações na alimentação	(sim/não) Especifique
		Prótese dentária	(inferior/superior)
Eliminação			
(A completar com avaliação do índice de Barthel.)	Vesical	Padrão urinário	(sem/com alterações)
		Características da urina	(sem/com alterações)
		Dispositivos urinários	Fralda/Penso de proteção/ cateter vesical
	Intestinal	Padrão intestinal	
		Características das fezes	
		Última defecção	
Sono e repouso			
		Perturbações do padrão do sono	(sim/não) Especifique
Autocuidado			
	Higiene	Higiene Corporal/Higiene Oral	Independente/Dependente Cuidada/Não cuidada
	Vestuário	Vestir-se/Despir-se/Calçar-se	Independente/Dependente

1.1.2. Avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa

O desempenho de atividades sociais e ocupacionais, de tarefas necessárias à vida quotidiana (atividades instrumentais de vida diária) e o desempenho de tarefas relacionadas com o cuidado pessoal (atividades básicas de vida diária) determinam a capacidade funcional da pessoa idosa, que varia de acordo com o ambiente em que se encontra, com a condição de saúde e com acontecimentos perturbadores na sua vida. A avaliação do estado funcional da pessoa idosa é importante para compreendermos a sua

capacidade de cuidar de si, dependente não só das características e capacidades individuais mas também do meio ambiente onde está inserido. A funcionalidade da pessoa idosa caracteriza-se pela capacidade de se manter autónomo e ativo num determinado meio (Cabete, 2002).

A pessoa idosa é um ser de necessidades e de direitos, com uma identidade única e singular, e com autonomia a nível da ação e decisão. Sendo o internamento hospitalar uma experiência geradora de *stress*, constituindo um ritual complexo e estranho para a pessoa, com todas as rotinas, regras e impostas limitações nas suas atividades e relações interpessoais, a pessoa internada necessita de adaptar-se à nova situação. Como essa capacidade adaptativa diminui com a idade, a possibilidade de desajustamento da pessoa idosa internada é cada vez maior. De acordo com o estudo de Cabete (2002), a pessoa idosa tem alta hospitalar em piores condições funcionais e psicológicas do que quando entrou, resultando numa diminuição da qualidade de vida, aumento do consumo dos recursos sociais e cuidados de saúde. É importante avaliar as capacidades da pessoa, o que ela conseguia fazer até ao internamento, de modo a manter a atividade da pessoa e contribuir para a manutenção da autonomia e facilitar o regresso a casa, evitando pedir que realize atividades que anteriormente não conseguia fazer ou a sua substituição em atividades que consegue desempenhar de forma autónoma.

Neste sentido pretende-se incluir a avaliação do índice de Barthel na avaliação da pessoa idosa submetida a TAVI no momento da admissão no serviço, constituindo uma referência para a recuperação da pessoa idosa após a intervenção e no processo de preparação para o regresso a casa. A pertinência da introdução do Índice de Barthel na avaliação da pessoa idosa submetida a TAVI foi discutida com a equipa de enfermagem, tendo sido abordada a necessidade de introdução da escala em suporte informático. Actualmente, aguarda-se o parecer da Enf. Chefe do serviço

1.2. Segunda Fase do Modelo de Parceria: Envolver-se

A primeira fase do modelo de parceria permite o conhecimento do enfermeiro e da pessoa enquanto ser de projeto e de cuidados (Gomes, 2016). A segunda fase, Envolver-se, caracteriza-se pela criação de uma relação de confiança e partilha, onde a disponibilidade e a afetividade permitem ao enfermeiro conhecer as necessidades e potencialidades da pessoa, identificando os seus limites e os seus recursos. O envolvimento da pessoa possibilita a construção de uma ação conjunta na procura de soluções e possibilidades para a promoção do cuidado de si.

Dando continuidade à fase do Revelar-se, o enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa idosa submetida a TAVI e família possui sobre o procedimento, complicações possíveis, alterações dos hábitos de vida decorrentes do procedimento e do internamento. A tabela 2 apresenta a informação que o enfermeiro deve fornecer ou validar junto da pessoa idosa e família, dando espaço ao diálogo de modo a perscrutar quais as suas preocupações e necessidades e como o enfermeiro poderá ajudar.

A identificação do familiar de referência, envolvendo-o nos cuidados e o reconhecimento das suas necessidades permitirá uma intervenção mais individualizada e eficaz na preparação do regresso a casa.

Tabela 2 – Apresentação da informação a validar com a pessoa idosa submetida a TAVI e família no momento da admissão.

VALIDAÇÃO DA INFORMAÇÃO QUE A PESSOA IDOSA E FAMÍLIA POSSUEM SOBRE O PROCEDIMENTO		
Que conhecimentos possuem?		Validar a informação disponibilizada anteriormente pela equipa médica; fornecer informação nova.
Qual a sintomatologia que afeta a sua vida diária?		Compreender as implicações dos sintomas na realização das suas atividades de vida diária.
Quais as suas expetativas quanto ao tratamento?		Compreender a melhoria que espera com o tratamento, explicando que poderá não surgir de imediato ou não alcança-la de todo.
	Realização do procedimento	- Necessidade de jejum a partir das 0h do dia do procedimento;
		- Colocação da válvula através de um cateter, pela artéria femoral (virilha);
		- Procedimento sob anestesia geral;
		- Necessidade de penso compressivo na virilha para

	Complicações imediatas	evitar que sangue (hemorragia); - Possível necessidade de pacemaker após o procedimento; - Náuseas ou vômitos.
INFORMAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS IMEDIATOS APÓS TAVI		
	- Necessidade de monitorização contínua (oximetrias, traçado e frequência cardíacos);	
	- Necessidade de repouso do leito nas primeiras 24h após o procedimento, salvo complicações hemorrágicas ou necessidade de manutenção de pacemaker provisório, em que o período de repouso no leito está sujeito aos cuidados necessários para evitar complicações major;	
	- Manutenção de dispositivos médicos para controlo da pressão arterial invasiva; cateter venoso central para administração de fluidos e terapêutica, e algália nas primeiras horas após procedimento. O controlo rigoroso de diurese mantém-se nas primeiras 48h (utilização de urinol/arrastadeira).	
	- Necessidade de soroterapia/hidratação oral ajustada à sua situação de saúde (prescrição médica),	
	- Realização de colheita de sangue (para controlo de hemoglobina e função renal) nas primeiras 6h e 12h seguintes e, posteriormente de 24/24h.	
INFORMAÇÃO SOBRE ALTERAÇÕES DOS HÁBITOS DE VIDA DEVIDO AO INTERNAMENTO		
Alteração nos hábitos de vida		Intervenção de enfermagem para promover os hábitos de vida
- Alteração do padrão do sono e repouso devido a dor, imobilidade ou ambiente estranho (alteração de rotinas, luminosidade e ruído).		Nesta fase do internamento deve ser garantido à pessoa idosa e família que o enfermeiro tem conhecimento da alteração que ocorre nos hábitos de vida da pessoa idosa, disponibilizando-se para ajudar diminuir o seu impacto na vida e na saúde da pessoa idosa e família.
- Alterações no padrão alimentar devido a náuseas e vômitos, dor ou mudanças nas rotinas pessoais.		
- Possíveis limitações da mobilidade devido a alteração da rotina, ambiente estranho, dor ou repouso prolongado no leito.		
- Alterações nas atividades de higiene e conforto por limitações na mobilidade ou dor.		
- Alterações na eliminação vesical por presença de algália ou repouso no leito.		
- Alterações na eliminação intestinal devido a anestesia ou repouso prolongado no leito.		
- Alterações nas atividades de lazer devido a ambiente estranho, limitações na mobilidade ou dor.		

A ocorrência de um processo de doença ou a necessidade de hospitalização pode constituir um fator stressante para a pessoa idosa. O conhecimento das grandes síndromes geriátricas (SPICES) que afetam o idoso

durante o internamento permite uma sistematização dos problemas mais frequentes aos quais o enfermeiro deve estar atento nos cuidados à pessoa idosa: distúrbios do sono (S); problemas na alimentação/mastigação (P); incontinência (I), confusão (C), evidência de quedas (E) e quebra da continuidade cutânea (S) (Fulmer, 2007). Muitos dos síndromes geriátricos são manifestações de alterações fisiológicas do envelhecimento, que apenas se tornam evidentes ou problemáticas em períodos de esforço ou stress (Botelho, 2007). A familiaridade do enfermeiro com os problemas/distúrbios mais frequentes durante o internamento previne potenciais distúrbios iatrogénicos decorrentes dos cuidados de saúde e promove a funcionalidade no idoso. Neste sentido é igualmente importante conversar com a pessoa idosa e família sobre estes aspetos, que poderão constituir fatores stressantes durante o internamento.

1.3. Terceira Fase do Modelo de Parceria: Capacitar ou Possibilitar

A partir da partilha dos significados da experiência da doença e do internamento e, face aos conhecimentos e capacidades da pessoa idosa para a realização das atividades de vida diária e cuidados de saúde no regresso a casa, o enfermeiro desenvolve um processo informado e negociado, ajudando a pessoa a transformar as suas capacidades potenciais em capacidades reais para assumir o cuidado de si (Gomes, 2016).

Caso a pessoa idosa não tenha autonomia para cuidar de si própria, o enfermeiro assume a responsabilidade dos cuidados que a pessoa deveria ter consigo mesma ou ajuda a capacitar a família para assegurar o cuidado do outro, atuando de acordo com o conhecimento que tem da pessoa idosa, da sua identidade e projeto de vida e saúde (Gomes, 2016).

Ao capacitar a pessoa idosa a assumir o controlo do cuidado de si ou a família para assegurar o cuidado do outro quando o próprio não tem autonomia, pretende-se antecipar complicações e proporcionar conforto e bem-estar na trajetória de vida da pessoa idosa. A tabela 3 apresenta os cuidados de enfermagem desenvolvidos após o procedimento para evitar complicações,

proporcionar conforto e bem-estar e recuperar a funcionalidade da pessoa idosa o mais rapidamente possível, que deverão ser informados, esclarecidos e negociados entre enfermeiro e a pessoa idosa e família.

Tabela 3 – Cuidados de enfermagem após TAVI

CUIDADOS DE ENFERMAGEM APÓS O PROCEDIMENTO	
Avaliação do estado neurológico	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da escala de Glasgow imediatamente após o procedimento e a cada 4h nas primeiras 24h; - Vigilância da orientação na pessoa, tempo e espaço.
Despiste de complicações vasculares	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância de sinais e sintomas de hemorragia/hematoma no local de acesso vascular (penso compressivo repassado de sangue, edema local; dor.) a cada 30 minutos nas primeiras 2h, a cada hora nas 4 h seguintes e de 4/4h nas primeiras 24h;
	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do dispositivo de encerramento vascular (Angioseal – 90 dias) implantado na artéria femoral (direita/esquerda);
	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância de sinais e sintomas de hipoperfusão periférica do membro intervencionado (alterações de temperatura, cor ou sensibilidade), a cada 30 minutos nas primeiras 2h, a cada hora nas 4 h seguintes e de 4/4h nas primeiras 48h;
Despiste de infeção	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da temperatura a cada 4 h nas primeiras 12h e, posteriormente 1x turno e em SOS;
	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância de sinais e sintomas de infeção no local de acesso vascular (presença de sinais inflamatórios).
Vigilância da diurese	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização da quantidade de urina eliminada; - Vigilância da coloração da urina.
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA DA PESSOA IDOSA	
Alteração nos hábitos de vida	Intervenção de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> - Alteração do padrão do sono e repouso devido a dor, imobilidade ou ambiente estranho (alteração de rotinas, luminosidade e ruído). 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o padrão de sono da pessoa; - Promover o silêncio; - Diminuir luminosidade; - Administração de medicação indutora do sono/ansiolítica de acordo com prescrição médica (mantendo a habitual, se possível); - Avaliar a dor e administrar terapêutica analgésica (prescrição médica); - Promover mobilidade durante o dia.
<ul style="list-style-type: none"> - Alterações no padrão alimentar devido a náuseas e vômitos, dor ou mudanças nas rotinas pessoais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover horários de refeições, gostos e consistência dos alimentos habituais da pessoa; - Promover refeições ligeiras de acordo com preferências da pessoa; - Administração de medicação antiemética/procinética (prescrição médica); - Promover a utilização das próteses dentárias; - Incentivar higiene oral; - Avaliar a dor e administrar terapêutica analgésica (prescrição médica).
<ul style="list-style-type: none"> - Possíveis limitações da mobilidade devido a alteração 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a capacidade funcional basal (Índice de Barthel), de modo a promover a sua

da rotina, ambiente estranho, dor ou repouso prolongado no leito	<p>manutenção/melhoria ao longo do internamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigiar local de acesso vascular para despiste de hemorragia, hematoma e sinais inflamatórios; - Vigiar pele, principalmente nas regiões de proeminências ósseas; - Incentivar à mobilização no leito no período de repouso (posicionamentos, alternância de decúbitos e realização parcial dos cuidados de higiene e conforto); - Realizar levante o mais precocemente possível (primeiras 24h); - Avaliação do risco de quedas (escala de Downton) na admissão, no dia do levante e a cada 5 dias até alta ou alteração do seu estado; - Incentivar a deambular pela unidade, quarto ou enfermaria, com supervisão; - Avaliar a dor; - Administrar terapêutica analgésica (prescrição médica).
- Alterações nas atividades de higiene e conforto por limitações na mobilidade ou dor.	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar doente a realizar a higiene das partes do corpo que conseguir enquanto em repouso no leito (face, mãos e braços, peito e abdómen); - Utilizar produtos de higiene do doente, se os tiver; - Incentivar/realizar a higiene dentária; - Aplicação de creme dermoprotetor; - Vigiar pele, principalmente nas regiões de proeminências ósseas; - Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (escala de Braden) na admissão e sempre que haja alteração do seu estado; - Avaliar a dor; - Administrar terapêutica analgésica (prescrição médica).
- Alterações na eliminação vesical por presença de algália ou repouso no leito	<ul style="list-style-type: none"> - Desalgaliar nas primeiras horas após TAVI; - Incentivar o doente a requerer urinol e/ou arrastadeira; - Monitorizar diurese; - Vigiar pele da região perineal.
- Alterações na eliminação intestinal devido a anestesia ou repouso prolongado no leito.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a mobilidade (levantar e deambular); - Incentivar a utilização de arrastadeira quando em repouso no leito; - Proporcionar ida ao WC; - Administrar medicação laxante (prescrição médica).
- Alterações nas atividades de lazer devido a ambiente estranho, limitações na mobilidade ou dor.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar a utilização de objetos pessoais nos momentos oportunos (livros, revistas, jornais, telemóveis, etc.); - Colocar aparelhos auditivos/óculos, que permitam interação com o ambiente; - Incentivar à realização de atividades de lazer, como leitura, bordados, jogos, etc, que não requeiram esforço; - Avaliar a dor; - Administrar terapêutica analgésica (prescrição médica).

1.4. Quarta Fase do Modelo de Parceria: Comprometer-se

A quarta fase do modelo de parceria, Comprometer-se, caracteriza-se pelo desenvolvimento de esforços por parte do enfermeiro e da pessoa idosa e família para atingir os objetivos definidos anteriormente. As ações desenvolvidas visam a transição da capacidade potencial para a capacidade real da pessoa idosa no cuidado de si ou da família no cuidado do outro, ou a promoção da saúde de modo a que a pessoa possa prosseguir o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016).

Nesta fase a pessoa idosa submetida a TAVI e família tem conhecimento dos cuidados necessários para despistar e evitar complicações e para promover a sua funcionalidade na realização das atividades de vida diária, pelo que compromete-se a agir no sentido de promover a saúde e assumir o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro, sempre com a ajuda do enfermeiro.

1.5. Quinta Fase do Modelo de Parceria:

Assumir o Cuidado de Si / Assegurar o Cuidado do Outro

Durante o internamento e de acordo com as intervenções de enfermagem em parceria desenvolvidas, a pessoa idosa tem capacidade para assumir o cuidado de si no regresso a casa, tendo em sua posse a informação necessária para decidir por si e prosseguir a sua trajetória de vida, ou a família consegue assegurar o cuidado da pessoa idosa no domicílio, assumindo a responsabilidade de cuidar do outro como o próprio faria se tivesse autonomia.

Nesta fase o enfermeiro deve garantir que a pessoa idosa e família possuem os conhecimentos e as competências necessárias para assumir o cuidado de si e do outro. A seguinte tabela (tabela 4) explicita a avaliação dos conhecimentos e competências da pessoa idosa e família no cuidado de si e do outro, de forma a garantir os cuidados para um regresso a casa seguro.

Tabela 4 – Avaliação dos cuidados assumidos pela pessoa idosa ou assegurados pela família para o cuidado de si e do outro no regresso a casa.

CUIDADOS PARA DESPISTE DE COMPLICAÇÕES		
Despiste de complicações vasculares		<ul style="list-style-type: none"> - A pessoa identifica o acesso vascular intervencionado; - A pessoa enumera os aspetos a vigiar para despiste de hemorragia ou hematoma: presença de sangue ou edema com ou sem coloração escura no local de acesso vascular; - A pessoa enumera os aspetos a vigiar para despiste de hipoperfusão periférica do membro intervencionado: diminuição de temperatura, alteração da cor ou diminuição da sensibilidade, unilateralmente.
		<ul style="list-style-type: none"> - A pessoa identifica o acesso vascular onde foi colocado o dispositivo de encerramento vascular (Angioseal); - A pessoa explica a necessidade de identificação do dispositivo de encerramento vascular no prazo de 90 dias; - A pessoa tem em sua posse o cartão de identificação Angioseal.
Despiste de infeção		<ul style="list-style-type: none"> - A pessoa possui termómetro em casa; - A pessoa sabe avaliar temperatura corporal; - A pessoa explica a necessidade de avaliação da temperatura corporal 1x dia e em SOS; - A pessoa enumera os aspetos a vigiar para despiste de infeção no local de acesso vascular: presença de dor, calor, rubor ou exsudado.
GESTÃO E ADESÃO TERAPÊUTICA		
<ul style="list-style-type: none"> - A pessoa idosa/família identifica quem faz a gestão da medicação (compra, identificação e distribuição); - A pessoa que gere a medicação identifica: <ul style="list-style-type: none"> - os fármacos prescritos e qual o seu efeito; - a dosagem prescrita; - a via de administração; - a hora de administração; - A pessoa identifica as estratégias de adesão terapêutica: <ul style="list-style-type: none"> - caixas unidose para distribuição dos medicamentos semanal; - necessidade de fornecer medicamentos a cada administração; - identificação da dose e hora de administração na caixa dos medicamentos; - necessidade de lembrar a toma da medicação. - A pessoa identifica os fármacos e o seu efeito, compreendendo a necessidade da sua administração de acordo com a prescrição médica; - A pessoa identifica a necessidade de contactar o médico para mudar a prescrição dos medicamentos, em caso de alteração do estado de saúde. 		
VIGILÂNCIA DE SAÚDE		
<ul style="list-style-type: none"> - A pessoa conhece o seu percurso após a alta hospitalar: sabe a data/ aguarda marcação da próxima consulta médica de cardiologia; - A pessoa identifica os sinais e sintomas que, na sua ocorrência, deverá recorrer ao médico assistente/hospital; - A pessoa reconhece a necessidade de manter a vigilância de saúde; - A pessoa sabe e consegue recorrer ao centro de saúde; - A pessoa sabe que a carta de alta de enfermagem (resumo do internamento, cuidados 		

no regresso a casa e contacto do serviço) contém informação importante para a própria e para equipa de enfermagem de outra instituição/serviço de saúde.	
PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS	
Hábitos de vida	Atividades a desenvolver
- Sono e repouso	- A pessoa identifica a medicação ansiolítica/indutora do sono, que pode manter no domicílio; - A pessoa identifica a necessidade de alternar períodos de repouso e atividade durante o dia.
- Alimentação	- A pessoa identifica as restrições de sal e gorduras na sua dieta; - A pessoa identifica restrições alimentares de acordo com outras patologias, como a Diabetes Mellitus, ou intolerâncias, como a lactose.
- Mobilidade	- A pessoa identifica estratégias para promover a mobilidade, a iniciar após o internamento: - Caminhadas em terreno plano, com aumento gradual do tempo até 30 minutos por dia, de acordo com a sua tolerância ao esforço (parar assim que sentir cansaço); - Subida de escadas, com pausas regulares para recuperação cardíaca e respiratória.

CONCLUSÃO

O conhecimento profundo da pessoa idosa, da sua singularidade e do ambiente que a rodeia, dos recursos que possui e das suas capacidades e necessidades para o cuidado de si é crucial para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa, respeitando as suas expetativas e o seu projeto de vida e saúde.

Este trabalho surge da necessidade de colmatar lacunas na intervenção de enfermagem desenvolvida com a pessoa idosa submetida a TAVI e família e apresenta de forma esquematizada como desenvolver uma intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Botelho, M. (2007). Idade Avançada: características biológicas e multimorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 23, 191-195.
- Cabete, D. (2002). O Idoso, a Doença e o Hospital. - *O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., Loures.
- Delgado, A. & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol. 2(2), 81-100.
- Egerod, I., Nielsen, S., Lisby, K., Darmer, M. & Pedersen, P. (2014). Immediate Post-operative Responses to Transcatheter Aortic Valve Implantation: An observational study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 14(3), 232–239. DOI: 10.1177/1474515114525521.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer Spices. A framework of six 'marker conditions' can help focus assessment of hospitalized older patients. *Journal of American Nursing*, Vol. 107 (10), 40-48.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

- Lauck ,S., Mackay ,M., Galte , C. & Wilson, M. (2008). A new option for the treatment of aortic stenosis: percutaneous aortic valve replacement. *Critical Care Nurse*, 28(3), 40-51.
- McRae, M., Rodger, M., Bailey, B. (2009). Transcatheter and Transapical Aortic Valve Replacement. *Critical Care Nurse*, Vol. 29 (1), 22-38. DOI: 10.4037/ccn2009553.
- Madden, A., Hill, E. (2009). Treatment of older patients with aortic valve stenosis. *Nursing Standard*. Vol. 24 (12), 42-48.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. USA: Springer Publishing Company.
- Moraes, E., Marino, M., Santos, R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Revista Medicina de Minas Gerais*, Vol. 20 (1), 54-66.
- Moraes, E. (2012). *Atenção à Saúde do Idoso*. Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana da saúde. Ministério da saúde, Brasília/DF.
- NICE (2012). Catheter insertion of a new aortic valve to treat aortic stenosis. Understanding NICE guidance. Acedido a 21/06/2016. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg421/resources/catheter-insertion-of-a-new-aortic-valve-to-treat-aortic-stenosis-363082141>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, *Divulgar*, Lisboa.
- Otto C., Kumbhani D., Alexander K., Calhoon J., Desai M., Kaul S., Lee J., Ruiz C., Vassileva C. (2017). ACC Expert Consensus Decision Pathway for Transcatheter Aortic Valve Replacement in the Management of Adults with

Aortic Stenosis. *Journal of the American College of Cardiology*. DOI: 10.1016/j.jacc.2016.12.006.

Panos, A., George, E. (2014). Transcatheter Aortic Valve Implantation Options For Treating Severe Aortic Stenosis in the Elderly. The Nurse's Role in Postoperative Monitoring and Treatment. *Dimensions of Critical Care of Nursing*. Vol. 33 (2), 49-56. DOI: 10.1097/DCC.000000000000023.

Pereira, I. (2013). *Regresso a Casa. Estrutura da ação de enfermagem*. Universidade Católica Editora, Lisboa

Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Formasau – Formação e Saúde, Lda., Coimbra.

APÊNDICE XIX
ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS À PESSOA
IDOSA SUBMETIDA A TAVI E FAMÍLIA
(FASE DE AVALIAÇÃO DO PROJETO)

Análise de conteúdo das entrevistas à pessoa idosa submetida a TAVI e família (Fase de avaliação do projeto)

Após a implementação do projeto no serviço, com o desenvolvimento da intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa, realizámos novamente entrevistas à pessoa idosa e família com o objetivo de avaliar a eficácia do projeto implementado. As entrevistas realizadas na fase de avaliação do projeto decorreram no período de 30 de Janeiro a 3 de fevereiro de 2017, tendo sido possível apenas a realização de entrevista a duas pessoas idosas, internadas nessa semana para implantação de válvula aórtica transcater.

Na análise das entrevistas procedemos a análise de conteúdo, tal como anteriormente na fase de diagnóstico de situação. Após a leitura exhaustiva das respostas, foram identificadas as unidades de registo, posteriormente agrupados em categorias e áreas temáticas (tabela 1).

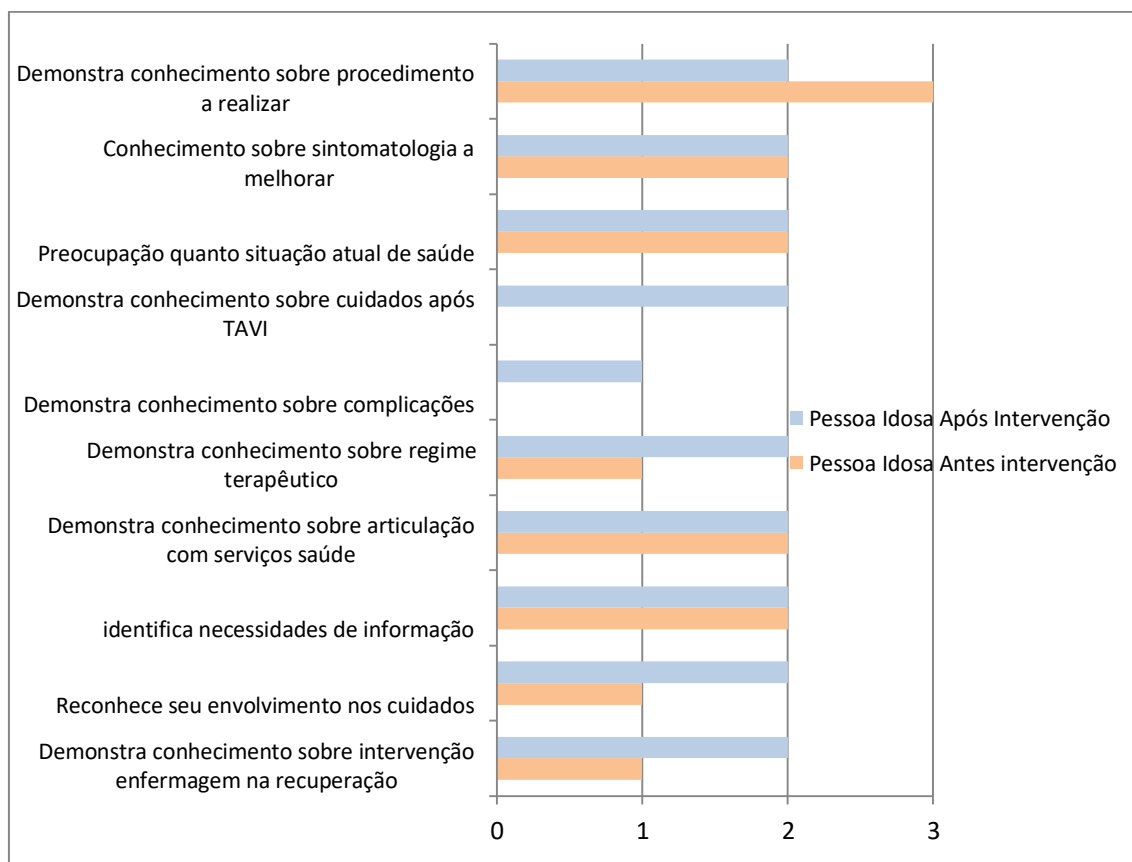
Tabela 1 - Análise de conteúdo das entrevistas realizadas a 2 pessoas idosas submetidas a TAVI e família após implementação do projeto.

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE	Demonstra conhecimento sobre procedimento a realizar	"fui esclarecida (...) tinha que fazer uma cirurgia (...) através do braço ou da perna." PI4 "colocar uma válvula (...) pela virilha." PI5
	Demonstra conhecimento sobre sintomatologia a melhorar	"É o cansaço" PI4 "fazer as minhas coisinhas." PI5
	Demonstra preocupação quanto à situação atual de saúde	"é não ver os meus netos a casar" PI4 "quero que corra tudo bem." PI5
CONHECIMENTOS PARA ASSUMIR O CUIDADO DE SI	Conhecimento sobre os cuidados após o procedimento	"cateteres nas virilhas (...) pensos grandes" PI4 "ficar deitada e não dobrar as pernas" PI5
	Demonstra conhecimento sobre complicações	"podia sangrar (...)" PI5
	Conhecimentos sobre regime terapêutico	"injecções na barriga (...) reiniciar pradaxa" PI4 "tomar Varfine (...) mesmos medicamentos" PI5
	Conhecimento sobre articulação com os serviços	"seguida no privado" PI4 "médico de família" PI5

	de saúde	
	Identifica necessidades de informação	“gosto de saber o que estou a tomar” PI4 “acho que (...) volto a tomar os mesmos medicamentos” PI5
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA NA PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA	Reconhece o seu envolvimento nos cuidados	“andei com andarilho” PI4 “pediam-me para ajudar” PI5
	Demonstra conhecimento sobre intervenção do enfermeiro na recuperação para o regresso a casa	“ajudar-me com as pernas (...) andar melhor e ter mais força” PI4 “vão explicar-me medicamentos e os cuidados” PI5

O gráfico 1 apresenta os resultados da análise das entrevistas, comparando as respostas da fase inicial do projeto com as respostas da fase de avaliação do projeto.

Gráfico 1 – Comparação dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas à pessoa idosa submetida a TAVI e família, na fase de diagnóstico de situação e na fase de avaliação do projeto.



Apesar de na primeira fase terem sido entrevistadas 3 pessoas e na fase final apenas duas pessoas, consideramos esta comparação pertinente para avaliar a evolução do conhecimento demonstrado pela pessoa idosa sobre os cuidados após o procedimento e sobre as complicações que poderiam surgir, sobre o regime terapêutico e a intervenção de enfermagem na recuperação para o regresso a casa. O reconhecimento do seu envolvimento nos cuidados é nitidamente superior na fase final do projeto. No entanto podemos verificar que ainda se manteve necessidades de informação por parte da pessoa idosa submetida a TAVI e família, pelo que considerámos que a equipa de enfermagem ainda necessitava de desenvolver a sua intervenção em parceria com a pessoa idosa e família na preparação do regresso a casa após TAVI.

APÊNDICE XX
OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM
(AVALIAÇÃO FINAL)

Observação dos Registos de Enfermagem (Avaliação Final)

Instrumento de colheita de dados baseado no modelo de parceria (Gomes, 2013, 2016)		Registado	Não registado	Registado "sem alterações"
1.ª FASE: REVELAR-SE				
CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA				
Nome		5	0	
Nome preferido		3	2	
Idade		5	0	
Nacionalidade		0	5	
Religião		2	3	
Estado Civil		4	1	
Profissão/ocupação		3	2	
CONHECER O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA				
Coabitação		5	0	
Condições habitacionais		2	3	
Pessoa de Referência/Cuidador familiar		5	0	
Situação económica (dificuldades)		1	4	
Ocupação de tempos livres /projeto de vida		0	5	
Rede de apoio (recursos familiares, sociais, da comunidade, etc)		4	1	
Necessidades do cuidador familiar		2	3	
CONHECER OS HÁBITOS DE VIDA DA PESSOA IDOSA				
Alimentação	Padrão alimentar (n.º refeições/horário)	2	3	
	Preferências	1	4	
	Restrições alimentares	0	5	
	Alergias alimentares	5	0	
	Ingestão hídrica	0	5	
	Problemas na mastigação/deglutição	0	5	
	Falta de peças dentárias/uso de próteses	5	0	
	Alterações do paladar/ mucosa oral	0	5	
	Alterações/limitações devido a doença atual	0	5	
Eliminação	Características	2	3	
	Frequência	0	5	
	Dependência de fármacos	0	5	
Mobilidade	Dependência (o que precisa de ajuda)	4	1	
	Autonomia (o que consegue fazer sozinha)	4	1	
	Limitações pré-existentes	0	5	
	Uso de auxiliares de marcha	3	2	
	Limitações devido a doença atual	1	4	
Atividade física	Hábitos de exercício	0	5	
	Limitações	0	5	
Higiene e	Dependência (o que precisa de	4	1	

conforto Vestir/despir	ajuda)			
	Autonomia (o que consegue fazer sozinha)	0	5	
Sono e repouso	Duração	0	5	
	Insónias	0	5	
	Dependência de fármacos	2	3	
CONHECER O CONTEXTO DE DOENÇA DA PESSOA IDOSA				
A pessoa sabe a que procedimento será submetida		2	3	
A pessoa tem conhecimento sobre o procedimento de TAVI		2	3	
A pessoa tem conhecimento das possíveis complicações vasculares		0	5	
A pessoa tem conhecimento da possível necessidade de pacemaker após o procedimento		0	5	
A pessoa tem conhecimento das possíveis complicações hemorrágicas		0	5	
Sintomatologia que levou à necessidade do procedimento/procura de tratamento		3	2	
Antecedentes pessoais		5	0	
Antecedentes familiares		3	2	
Cirurgias		2	3	
Próteses (auditivas/oculares)		4	1	
Alergias		5	0	
Medicação habitual		5	0	
Gestão do regime terapêutico		4	1	
Hábitos alcoólicos, tabágicos, toxifílicos		5	0	
Impacto da doença na vida da pessoa		2	3	
Impacto da doença na vida da família		0	5	
Projeto de saúde		0	5	

Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013)	Registado	Não registado
2.ª FASE: ENVOLVER-SE		
ESTABELECEER UMA RELAÇÃO DE CONFIANÇA		
O enfermeiro faz a socialização ao serviço	2	3
O enfermeiro entrega o folheto de acolhimento	3	2
O enfermeiro mostra disponibilidade (tempo e espaço para escutar e esclarecer dúvidas)	0	5
O enfermeiro identifica as necessidades da pessoa e família	2	3
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre o regime terapêutico após TAVI	0	5
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre sinais e sintomas de infeção local ou sistémica	0	5
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre sinais e sintomas de complicações vasculares do membro intervencionado	0	5
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre o dispositivo de encerramento vascular	0	5
O enfermeiro procura conhecer a informação que a pessoa e família têm sobre as limitações motoras que poderão surgir após o procedimento/internamento	0	5
O enfermeiro procura identificar situações de dor pré-existentes ao procedimento	0	5
O enfermeiro envolve o familiar de referência	3	2
3.ª FASE: POSSIBILITAR/CAPACITAR		

TRANSFORMAR AS POTENCIALIDADES EM REALIDADES REAIS		
O enfermeiro partilha de informação durante os cuidados prestados	0	5
O enfermeiro partilha conhecimento sobre o procedimento realizado	0	5
O enfermeiro partilha conhecimento sobre os cuidados imediatos após procedimento (repouso 24h, monitorização contínua, antibioterapia profilática, etc.)	2	3
O enfermeiro partilha conhecimento sobre o regime terapêutico que a pessoa idosa está a fazer	0	5
O enfermeiro partilha conhecimento sobre os sinais e sintomas de alterações vasculares do membro intervencionado	4	1
O enfermeiro partilha conhecimento sobre o dispositivo de encerramento vascular (o que é, para que serve, os cuidados que deve ter após a alta)	4	1
O enfermeiro partilha conhecimento sobre a importância da atividade física na recuperação motora	0	5
O enfermeiro partilha conhecimento sobre estratégias de gestão da dor	0	5
O enfermeiro partilha conhecimento sobre os cuidados após implantação de pacemaker definitivo (se aplicável)	0	5
O enfermeiro respeita as preferências, o tempo e a decisão da pessoa na prestação de cuidados	0	5
O enfermeiro articula com os diferentes profissionais de acordo com as necessidades identificadas	2	3
O enfermeiro identifica o que a pessoa consegue fazer sozinha	0	5
O enfermeiro sabe o que a pessoa identifica como problema	0	5
O enfermeiro identifica as potencialidades da pessoa	0	5
O enfermeiro identifica as necessidades de ensino	0	5
4.ª FASE: COMPROMETER-SE		
PLANO COM OBJETIVOS ESTABELECIDOS ENTRE PESSOA, FAMÍLIA E ENFERMEIRO		
O enfermeiro identifica os objetivos da pessoa e família perante a situação	0	5
O enfermeiro identifica os objetivos da equipa de enfermagem para a pessoa	0	5
O enfermeiro discute com a pessoa e família o plano de cuidados, de forma a constituírem objetivos comuns	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família o conhecimento sobre o procedimento realizado	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família o regime terapêutico a adoptar após o procedimento	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família as estratégias de despiste de complicações vasculares do membro intervencionado	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família as estratégias de despiste de sinais e sintomas de infeção	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família a necessidade de identificação do dispositivo de encerramento vascular durante 90 dias	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família as estratégias de aumento gradual da atividade física	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família as estratégias de gestão da dor	0	5
O enfermeiro valida com a pessoa/família os cuidados após implantação de pacemaker definitivo (se aplicável)	0	5
O enfermeiro ajuda a pessoa idosa/família a desenvolver a capacidade de cuidar de si/ do outro	0	5
5.ª FASE: ASSUMIR O CUIDADO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO		

PROMOVER O CUIDADO DE SI/CUIDADO DO OUTRO		
A pessoa/família possui informação que lhe permite gerir o regime terapêutico	0	5
A pessoa/família identifica sinais e sintomas de complicações vasculares	0	5
A pessoa/família identifica sinais e sintomas de infeção local e sistémica	0	5
A pessoa/família sabe a necessidade de identificação do dispositivo de encerramento vascular durante 90 dias	0	5
A pessoa/família identifica estratégias de aumento gradual da atividade física	0	5
A pessoa/família identifica estratégias de gestão da dor	0	5
A pessoa/família conhece o seu percurso após a alta hospitalar	0	5
A pessoa possui informação que lhe permite prosseguir o seu projeto de vida e saúde, assumindo o cuidado de si	0	5
O familiar possui informação que lhe permite assegurar o cuidado do outro (despiste de complicações, regime terapêutico, cuidados com o membro intervencionado, alimentação e atividade física)	0	5
A pessoa idosa/familiar possui informação sobre recursos disponíveis na comunidade	0	5
O familiar conhece alternativas que lhe permitem assegurar o cuidado do outro	0	5
O enfermeiro fornece suporte escrito sobre o internamento, procedimento e cuidados após a TAVI (carta de alta, folheto informativo, etc)	5	0
A pessoa idosa/família compreende a informação fornecida.	0	5

APÊNDICE XXI
COMPARAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM
- AVALIAÇÃO INICIAL E AVALIAÇÃO FINAL-

Comparação dos Registos de Enfermagem - Avaliação inicial e avaliação final -

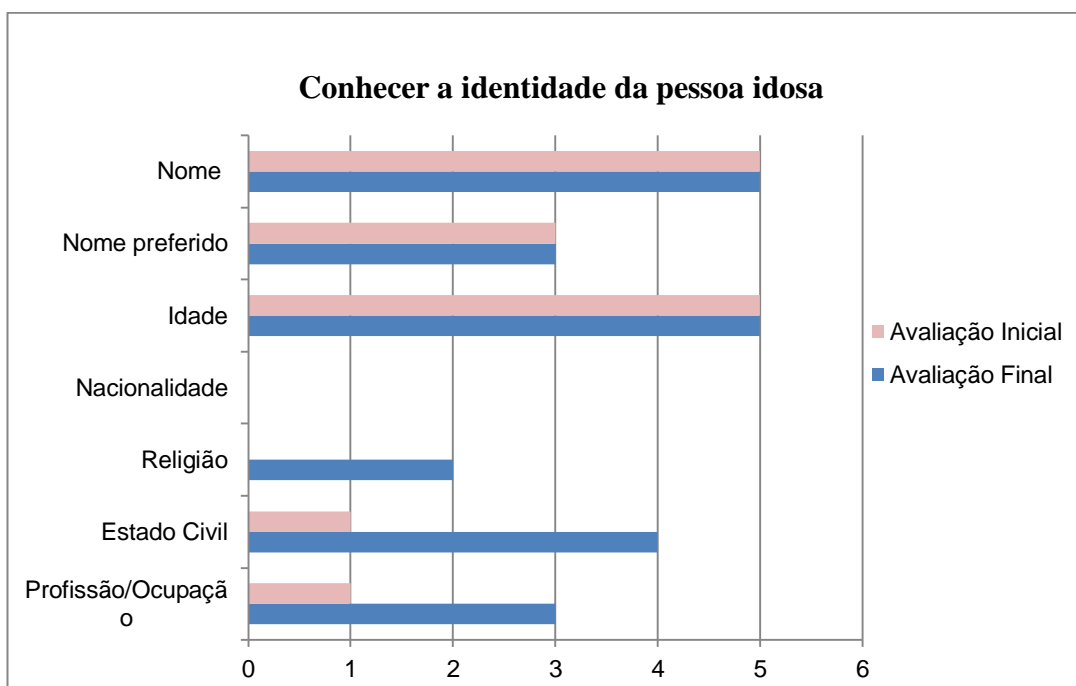
No período de 30 de Janeiro a 12 de Fevereiro de 2017 procedeu-se à observação e análise de 5 processos de enfermagem das pessoas idosas internadas para realização de TAVI para avaliação da intervenção em parceria desenvolvida ao longo do estágio. O registo da colheita de dados à admissão e os registos diários de enfermagem dos doentes internados na unidade intermédia e enfermaria é efetuado em suporte informático através do programa GLINT®, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE); o registo das notas de enfermagem dos doentes que se encontram na unidade intensiva é efetuado em suporte de papel nas folhas de unidade. Foram observados todos os registos de enfermagem no processo clínico dos 5 doentes selecionados (população total internada no período de tempo descrito), incluindo a nota de alta de enfermagem elaborada no dia de regresso a casa.

A análise dos registos de enfermagem (avaliação final) assume-se como uma atividade da fase de avaliação do projeto e é realizada, à semelhança da análise inicial dos registos de enfermagem, com base nas fases do Modelo de Parceria (Gomes, 2013, 2016). Nesta fase de avaliação do projeto implementado, pareceu-nos pertinente realizar a análise dos registos de enfermagem, comparando a avaliação inicial com a avaliação final, permitindo a comparação dos dados registados entre a fase de diagnóstico de situação e a fase após implementação do projeto de intervenção.

Na primeira fase do modelo de parceria, **Revelar-se**, o enfermeiro procura conhecer a pessoa, e o seu potencial de desenvolvimento no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de vida e saúde, dando-se também a conhecer. O enfermeiro mobiliza as suas competências de comunicação, esforçando-se por conhecer a identidade da pessoa, o seu contexto de vida sociofamiliar e o significado da doença na sua vida, identificando os recursos de ela possui para fazer face à situação (Gomes, 2013, 2016). A análise dos registos de enfermagem, referentes a esta primeira fase do modelo de parceria, procura conhecer a **identidade da pessoa idosa**, o seu **contexto de vida** e ,

hábitos de vida e o seu **contexto de doença**. O gráfico 1 apresenta a frequência com que os dados referentes à identidade da pessoa idosa são registados, comparando a análise inicial com a análise final.

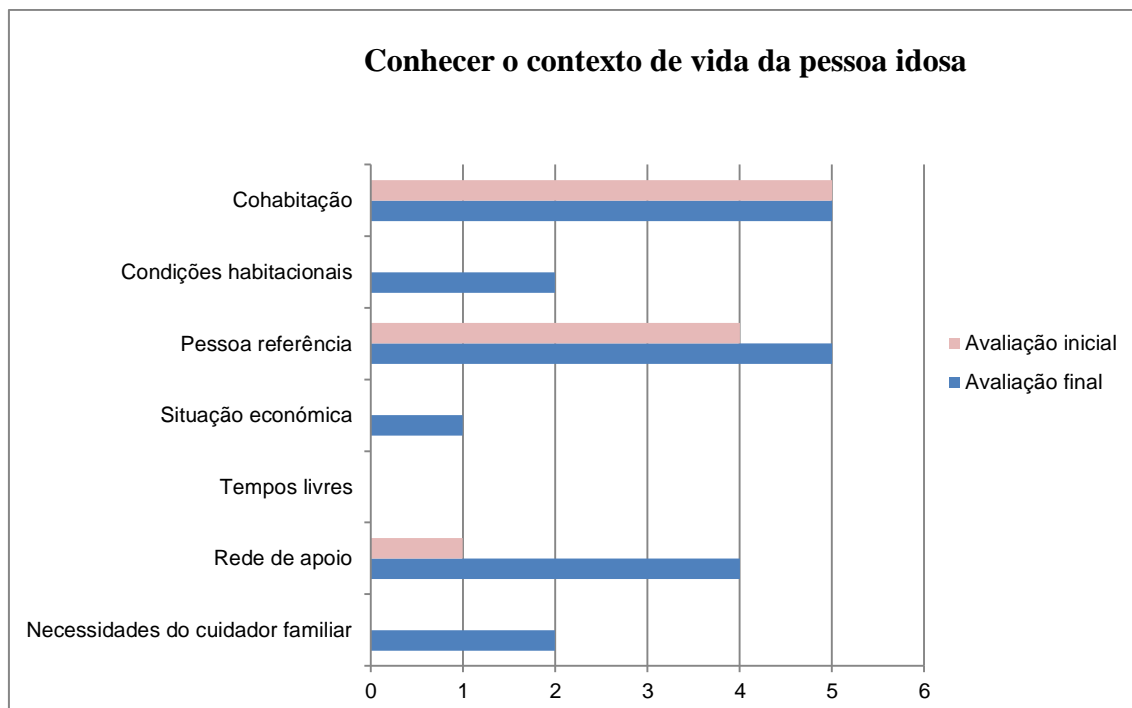
Gráfico 1 – Comparação dos resultados dos registos de enfermagem relativos ao indicador “Conhecer a identidade da pessoa idosa” – avaliação inicial e final



O nome e a idade da pessoa idosa são dados sempre registados pelos enfermeiros, não havendo diferença entre a fase de diagnóstico de situação e a avaliação do projeto. Ao analisarmos o gráfico, podemos verificar um aumento no registo dos dados relativos à religião, estado civil e profissão/ocupação, concluindo-se que houve uma melhoria nos registos ou seja, uma maior preocupação da equipa de enfermagem em conhecer a pessoa idosa internada para TAVI.

Além da identidade da pessoa idosa é igualmente importante conhecer o contexto de vida da pessoa idosa. Relativamente a esse indicador do instrumento de colheita de dados, podemos comparar os registos de enfermagem através da análise do gráfico 2.

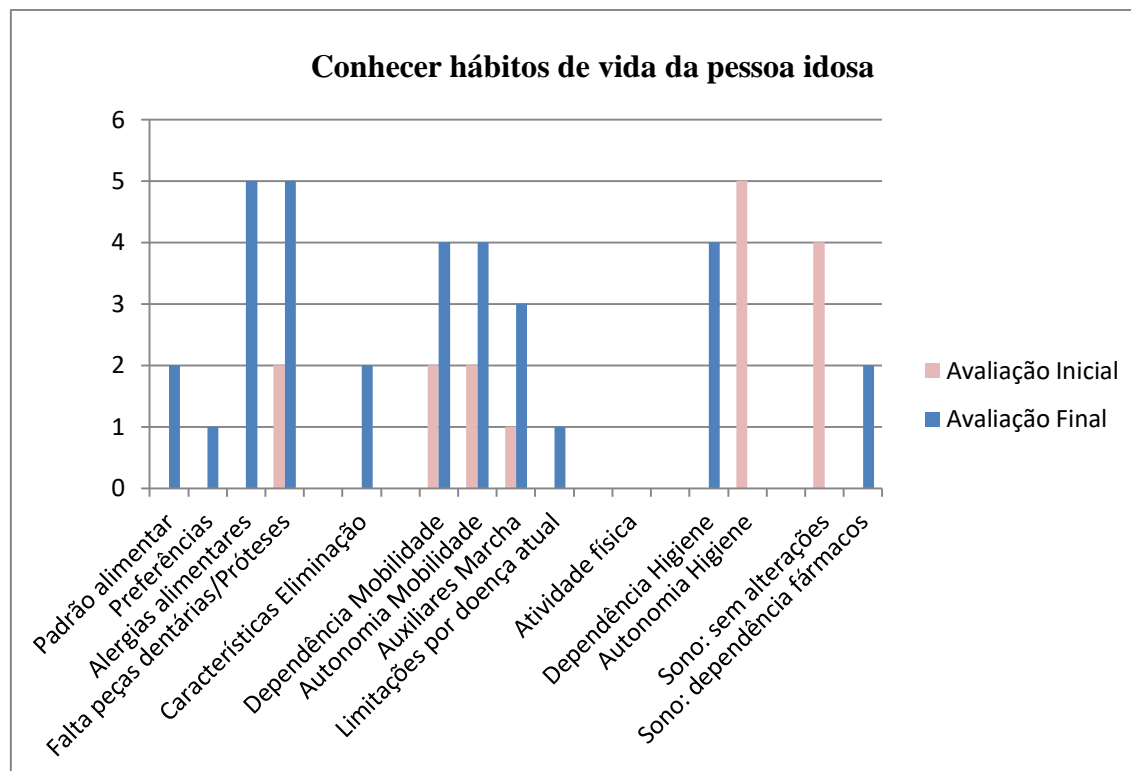
Gráfico 2 – Comparação dos resultados dos registos de enfermagem relativos ao indicador “Conhecer o contexto de vida da pessoa idosa” – avaliação inicial e final.



A implementação do projeto de intervenção trouxe uma melhoria nos dados registados sobre o contexto de vida da pessoa idosa. A referência às condições habitacionais, assim como a rede de apoio e as necessidades do cuidador/pessoa de referência para assegurar o cuidado do outro são dados cruciais para o desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem em parceria na preparação do regresso a casa após a TAVI.

Os hábitos de vida da pessoa idosa, o modo como a pessoa idosa vê as suas atividades diárias limitadas por problemas decorrentes do próprio envelhecimento ou pela doença, são informações que permitem ao enfermeiro conhecer aquela pessoa singular e propor soluções para os problemas, evitando complicações, promovendo sempre a autonomia de decisão e atuação da pessoa idosa. O gráfico 3 representa a frequência dos dados registados acerca dos indicadores dos hábitos de vida da pessoa idosa.

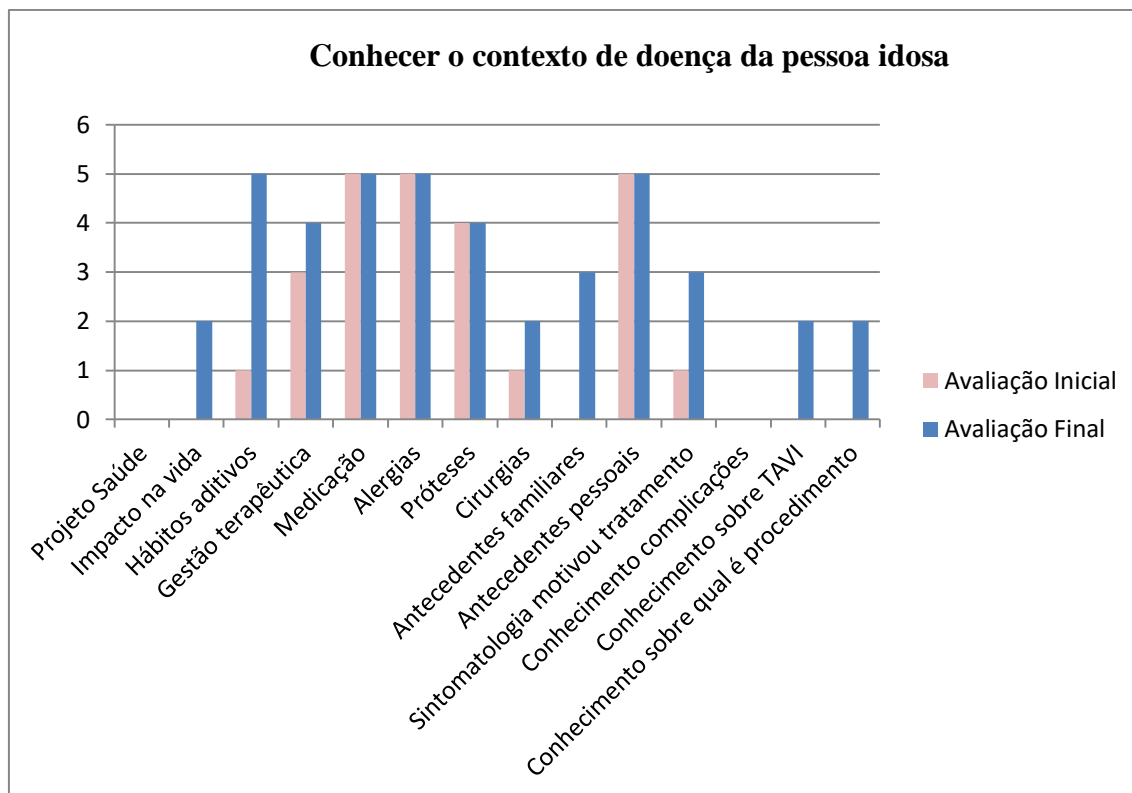
Gráfico 3 – Comparação dos resultados dos registos de enfermagem relativos ao indicador “Conhecer os hábitos de vida da pessoa idosa” – avaliação inicial e final.



O gráfico 3 revelou-nos que as informações sobre os hábitos de vida da pessoa idosa são pouco desenvolvidas nos registos de enfermagem. Todavia podemos verificar que, na fase final do estágio, quando procedemos à avaliação do projeto e respetiva análise dos registos, os dados relativos aos hábitos alimentares e à mobilidade são mais explorados. Esta evolução positiva nos registos de enfermagem num curto espaço de tempo motivou-nos para continuar o trabalho desenvolvido com a equipa de enfermagem no conhecimento da singularidade da pessoa idosa internada para realização de TAVI.

O contexto de doença da pessoa idosa constitui informação importante para a equipa de enfermagem, no sentido de compreender o significado da doença e o seu impacto na trajetória de vida pessoa, permitindo identificar o conhecimento que possui sobre a situação de doença, tratamento, complicações e regime terapêutico. No gráfico 4 representamos os indicadores analisados nos registos de enfermagem, comparando a frequência de registos entre a fase de diagnóstico e a fase de avaliação do projeto.

Gráfico 4 – Comparação dos resultados dos registos de enfermagem relativos ao indicador “Conhecer o contexto de doença da pessoa idosa” – avaliação inicial e final.



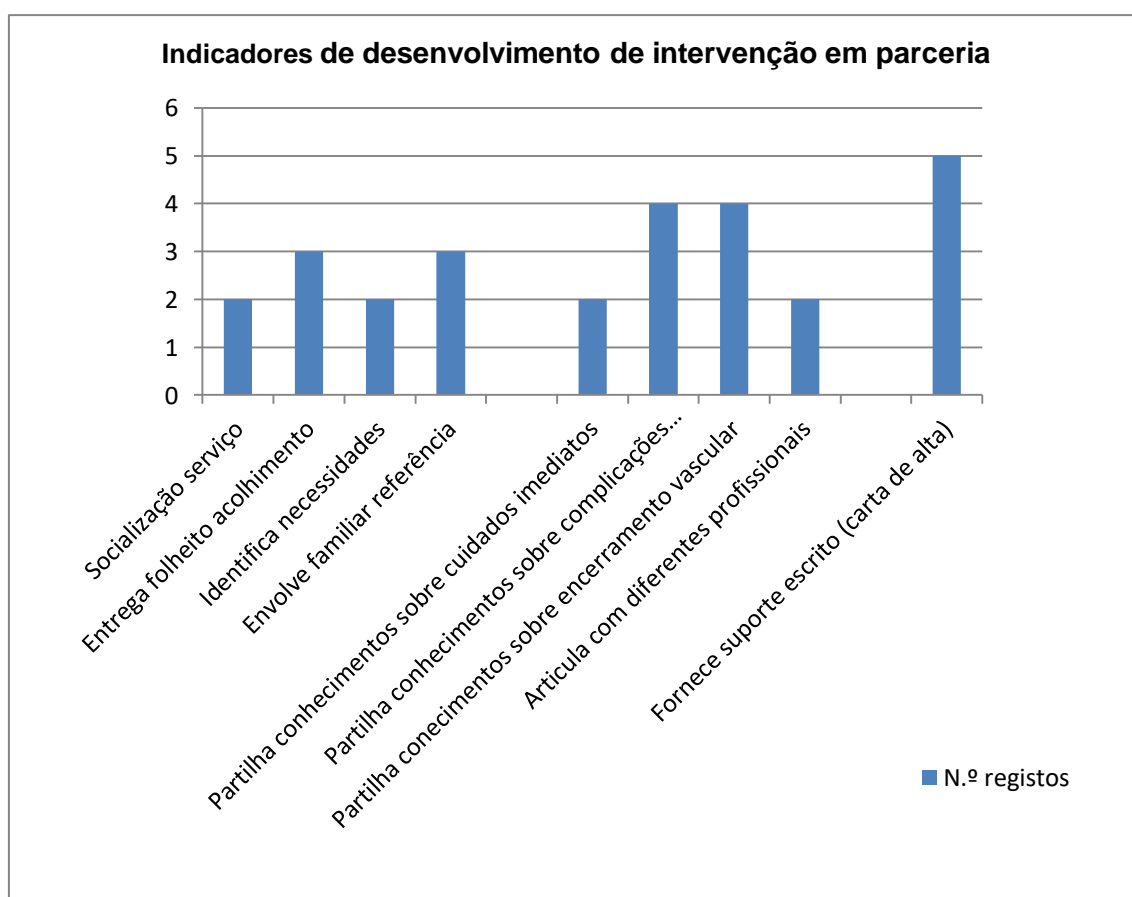
Tal como podemos verificar no gráfico 4, os registos sobre a situação de doença atual da pessoa idosa internada para TAVI eram e continuaram escassos e pouco esclarecedores. Através da análise dos registos de enfermagem não conseguimos conhecer a pessoa enquanto ser de projeto, uma vez que não conhecemos o impacto da doença atual na sua trajetória de vida, as suas expectativas e objetivos com o tratamento e o seu conhecimento sobre o procedimento e possíveis complicações. Os dados relativos aos antecedentes pessoais, alergias, medicação e gestão do regime terapêutico continuaram a ser os mais registados pelos enfermeiros, dados obtidos na sua maioria através do processo clínico e não através de uma comunicação efetiva com a pessoa idosa e família.

Os indicadores do desenvolvimento de um trabalho em parceria, identificados no instrumento de colheita de dados elaborado, relativos às seguintes quatro fases do modelo de parceria (Envolver-se; Possibilitar/Capacitar; Comprometer-se; Assumir o cuidado de si/ Assegurar o cuidado do outro) não foram analisados na avaliação inicial uma vez que

estavam omissos nos registos de enfermagem. Após a implementação do projeto, em que foi dado a conhecer à equipa de enfermagem o modelo de parceria e a sua importância na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a TAVI através da promoção do cuidado de si e do outro, tornou-se crucial a avaliação da presença desses indicadores nos registos de enfermagem.

O gráfico 5 representa a frequência de registo de alguns desses indicadores, sendo que todos os outros são omissos nos registos de enfermagem analisados.

Gráfico 5 – Resultados da avaliação final dos registos de enfermagem relativos aos indicadores de desenvolvimento de uma intervenção em parceria (últimas quatro fases do modelo de parceria de Gomes (2013, 2016)).



Os registos de enfermagem relativos à fase “Envolver-se” do modelo de parceria, em que o enfermeiro procura estabelecer uma relação de confiança com a pessoa idosa e família, continuaram a ser escassos e apenas indicativos

de que foi feita a socialização ao serviço, com entrega do guia de acolhimento à pessoa idosa e pessoa de referência. As necessidades da pessoa idosa e família identificadas e registadas relacionam-se com falta de conhecimento sobre procedimento e internamento e com a falta de familiares na rede de apoio. O registo sobre o envolvimento do familiar de referência também foi verificado, apesar de não na totalidade dos registos.

Na fase “Possibilitar/ Capacitar”, o enfermeiro procura transformar as capacidades potenciais da pessoa idosa e família em capacidades reais. Para tal, partilha conhecimentos que permitirão à pessoa idosa e família assumir o cuidado de si. Nos registos de enfermagem analisados, pudemos verificar que a transmissão de conhecimentos sobre cuidados imediatos após o procedimento, sobre complicações vasculares e sobre o dispositivo de encerramento vascular implantado é registada. A articulação com diferentes profissionais de saúde, nomeadamente dietista e assistente social, também é referida em alguns dos registos de enfermagem analisados.

A fase “Comprometer-se”, ou seja, o plano de objetivos comuns, e a fase final de avaliação das capacidades da pessoa idosa e família para “Assumir o cuidado de si/ Assegurar o cuidado do outro” não são alvo de registo de enfermagem. Todavia, todos os processos clínicos analisados possuíam cópia da nota de alta entregue à pessoa idosa e família, a qual constituía suporte escrito sobre o procedimento realizado e a necessidade de continuidade de cuidados no domicílio (complicações a despistar e identificação do dispositivo de encerramento vascular).

À semelhança da análise das entrevistas à pessoa idosa e família, nesta fase de avaliação, a análise e comparação dos registos de enfermagem permitiu uma maior compreensão das áreas a desenvolver para melhorar a intervenção em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família. Considerando a melhoria no registo da colheita de dados, é importante melhorar a nossa prática no registo e no desenvolvimento de estratégias de transmissão e validação da informação necessária para a pessoa idosa e família assumir o cuidado de si no regresso a casa.

APÊNDICE XXII
PÓSTER DE APRESENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA
SUBMETIDA A TAVI E FAMÍLIA NA PREPARAÇÃO DO
REGRESSO A CASA

Póster “A intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa”.



